

Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem

submetida ao

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

UNIVERSIDADE DO PORTO

***Impacto do Cancro Colorectal no Doente e
Cuidadores/ Família: Implicações para o
Cuidar***

HORTENSE MARIA TAVARES SIMÕES COTRIM

Orientadora: Prof.^a Doutora MARIA GRAÇA PEREIRA, Universidade
do Minho

Co-Orientadora: Prof.^a Doutora ZAIDA AZEREDO, Instituto de
Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do
Porto

Porto, 2007

A única forma de sucesso é sermos diferentes, de uma forma significativa. E porque nenhuma diferença é mais significativa que a qualidade do nosso desempenho, sejamos rigorosos e exigentes na autoavaliação que permanentemente realizamos e então estaremos em condições de ser agentes de contágio de uma diferença de comportamento indutora de mais qualidade no serviço que prestamos.

In "Humanização e Qualidade.
Programa Nacional. 1994"



AGRADECIMENTOS

Considero que a elaboração de uma tese de doutoramento é o produto do esforço colectivo de um elevado conjunto de pessoas, cuja orientação, empenho e dedicação em muito contribuem para a sua realização. A todas elas expresso a minha mais profunda gratidão:

- À Professora Doutora **Maria da Graça Pereira**, orientadora deste estudo, cujas críticas e sugestões deram qualidade a este trabalho. A sua dedicação, perspicácia e vontade de ensinar renderam frutos. A ela o meu respeito, admiração e gratidão por tudo quanto me ensinou.
- À Professora Doutora **Zaida Azeredo**, co-orientadora deste estudo, a sua disponibilidade irrestrita, a sua orientação crítica, criativa e construtiva, em muito contribuíram para o alcance dos meus objectivos.
- Ao Professor Doutor **Martins dos Santos**, Presidente da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz, pelo apoio e confiança com que me brindou ao longo da investigação.
- Ao Professor Doutor **José de Salis Amaral**, Director da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, pela disponibilidade e incentivo em momentos diversos e de forma incondicional.
- Ao Professor Doutor **Armando Moreno**, ex-Director da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, pela confiança e apoio na correcção linguística.
- À Dra. **Ana Oliveira** pela sua disponibilidade e precioso contributo para o tratamento estatístico dos dados.



- Ao Dr. **João Giria**, Director do Serviço de Cirurgia do Hospital Garcia de Orta, pela forma crítica e estimulante com que discutiu comigo o projecto.
- À **equipa de Enfermagem** dos Serviços de Hemato-Oncologia dos Hospitais Nossa Senhora de Rosário, São Bernardo e Garcia de Orta, com um agradecimento especial às enfermeiras **Luísa Guilherme**, **Isabel Gonçalves** e **Paula Banha** pela amizade, incentivo e disponibilidade com que sempre fui recebida nos respectivos serviços.
- Aos meus **doentes** e seus **familiars** pela coragem e lição de vida que me transmitiram, pela esperança e pelas lágrimas que comigo partilharam. Sem eles este estudo não seria possível.
- Aos meus **colegas** na actividade docente expresso a minha gratidão pelo espírito de solidariedade que sempre demonstraram.
- Aos meus **alunos** da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, alguns dos quais já actuais colegas, pelo muito que me ensinaram, nunca esquecendo que o processo ensino-aprendizagem é bidireccional.
- À memória de meu pai, **Américo** e à minha mãe, **Delfina**, por suas sábias lições de esperança; pelo amor e coragem que sempre me transmitiram, infundindo-me a confiança necessária para partir em busca dos meus sonhos.
- Aos meus filhos, **Bruno**, **Carlos** e **Nuno** que continuam a dar-me o mais forte motivo para celebrar a família. Vocês são a lição mais profunda de ética, dignidade e amor...
- Ao meu marido, **Carlos**, pelo amor, apoio incondicional e paciência que tão forte se revelou nos momentos mais difíceis. Por tudo...e por tudo o resto, aqui fica o meu profundo afecto.
- Ao **Snoopy** pela presença silenciosa mas efectiva, pelo olhar ternurento e pela capacidade constante de compreensão e carinho...



RESUMO

O cancro colorectal provoca no doente um elevado conjunto de alterações que se verificam essencialmente a nível físico, psicológico e social. Pela gravidade da doença, estas alterações não se circunscrevem ao indivíduo doente mas abarcam toda a família.

No que concerne ao doente são de salientar as alterações a nível da morbilidade psicológica, ansiedade e depressão e, em caso de necessidade de execução de uma ostomia, a nível da auto-imagem.

Quando se observa o impacto do cancro colorectal no cuidador/ família, constata-se que, tal como ao doente, também a morbilidade psicológica dos cuidadores/famíliares se altera profundamente. A necessidade de cuidar do doente após a alta exige dos cuidadores/famíliares uma sobrecarga física e psicológica que conduz a uma elevada exaustão.

Pretendeu-se, com este estudo, analisar o impacto do cancro colorectal no doente e nos cuidadores/ família. No que respeita ao doente, esta análise focou as dimensões qualidade de vida, satisfação marital, satisfação sexual, imagem corporal, morbilidade psicológica e satisfação do utente perante os cuidados de saúde recebidos. Relativamente aos cuidadores/família, foram estudadas a morbilidade psicológica e a exaustão.

A amostra é constituída por 145 indivíduos submetidos a cirurgia por cancro colorectal. 46 apresentam cancro do recto e 99 cancro do cólon. 46 são ostomizados. 100 doentes são do sexo masculino.

Com o intuito de aceder às várias dimensões da qualidade de vida do doente recorreu-se ao questionário do EORTC QLQ – CR 30 e 38; para avaliar o grau de satisfação marital recorreu-se ao Índice de Satisfação Marital; para avaliar o grau de satisfação sexual utilizou-se o Índice de satisfação Sexual; para avaliar a imagem corporal usou-se a Escala de Imagem Corporal; para avaliar a morbilidade psicológica utilizou-se a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar e para avaliar a satisfação do doente recorreu-se ao Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente.

Para avaliar a exaustão do cuidador/familiar utilizou-se a Escala de Avaliação da Exaustão e para avaliar a morbilidade psicológica recorreu-se ao Inventário de Ansiedade de Estado-Traço e ao Inventário Depressivo de Beck.

Através dos resultados obtidos verificou-se que os doentes ostomizados apresentam pior qualidade de vida comparativamente com os doentes não ostomizados, sendo as diferenças mais acentuadas ao nível da saúde em geral, da qualidade de vida global, da funcionalidade física, do desempenho sexual, da perspectiva futura e da imagem corporal.

A morbilidade psicológica encontra-se, de igual modo, afectada pela presença de uma ostomia, sendo os doentes ostomizados mais ansiosos e deprimidos que os doentes não ostomizados. Existe uma relação significativa entre a ansiedade e depressão dos doentes e a sua qualidade de vida; a ansiedade e depressão relacionam-se de forma mais acentuada com a satisfação marital, a satisfação sexual e a imagem corporal, no grupo dos doentes ostomizados. No que concerne aos doentes não ostomizados existe uma relação significativa entre a ansiedade e a depressão e as várias dimensões da qualidade de vida, nomeadamente com as relacionadas com a funcionalidade e a sintomatologia. Verificou-se ainda que existe uma forte relação positiva entre a satisfação sexual e a satisfação marital.

Constatou-se que os factores preditores da Qualidade de Vida Emocional dos Doentes são a ansiedade, a depressão e a exaustão familiar. Relativamente à Qualidade de Vida Física observou-se que os seus principais preditores são a idade, o facto de ser ou não ostomizado e a depressão.

Os cuidadores/familiares dos doentes ostomizados apresentam maiores níveis de depressão e de ansiedade estado que os cuidadores/familiares dos doentes não ostomizados; não se encontraram diferenças significativas ao nível da ansiedade traço e da exaustão do cuidador/familiar. A depressão dos cuidadores/familiares correlaciona-se positivamente com a depressão dos doentes.

Verificou-se ainda que a morbilidade psicológica dos doentes, ostomizados e não ostomizados, está positivamente relacionada com a exaustão dos seus cuidadores. A ansiedade e depressão dos doentes estão também positivamente relacionadas com a ansiedade e depressão dos cuidadores.

A idade, no grupo de doentes não ostomizados, relaciona-se significativamente com várias dimensões da qualidade de vida, sendo esta

+

associação mais significativa nas dimensões relacionadas com o desempenho sexual e os problemas sexuais masculinos, nos quais a maior idade corresponde menor qualidade de vida. Para o grupo dos doentes não ostomizados, verificou-se ainda a existência de associação entre a idade e a satisfação marital e imagem corporal sendo que quanto maior a idade, maior a insatisfação com a sua imagem corporal e maior a satisfação com a relação marital. No grupo dos doentes ostomizados, a idade não está associada a nenhuma dimensão da qualidade de vida.

Não se observou relação significativa entre a satisfação do doente face aos cuidados de saúde recebidos e a sua qualidade de vida, o que pode ser devido ao desfazamento entre a alta hospitalar e a aplicação dos instrumentos.

Para finalizar, parece inquestionável que a presença de uma ostomia altera significativamente a qualidade de vida, a morbilidade psicológica, a sexualidade e a imagem corporal dos doentes. Os cuidadores/familiares dos doentes ostomizados sofrem também de elevados níveis de ansiedade e depressão.



SUMMARY

Colorectal cancer creates several changes in the patient at physical, psychological and social levels. Due to the gravity of the disease, these changes are not limited to the patient, but are extended to the entire family.

Regarding the patient, it is important to acknowledge the changes in psychological morbidity, anxiety, depression and, in the case of a colostomy, in body image.

Besides the patient, the family also suffers an impact in terms of caregivers' psychological morbidity. The need to take care of the patient after discharge requires a physical and a psychological overburden from caregivers that lead to exhaustion of the caregiver/family.

This study intended to analyze the impact of colorectal cancer on the patient and on the caregiver/family. As for the patient, the study focused on the dimensions quality of life, marital satisfaction, sexual satisfaction, body image, psychological morbidity and patient's satisfaction regarding healthcare services. As the caregiver/family is concerned, psychological morbidity and the family's burden were the focus of our study.

The sample is composed by 145 individuals that were submitted to a surgery due to colorectal cancer. 46 of these patients showed rectum cancer and 99 colon cancer. 46 were stoma patients.

In order to study the different dimensions of the patient's quality of life, the EORTC QLQ -CR 30 and 38 questionnaire were used; to evaluate the level of marital satisfaction we used the Marital Satisfaction Index; sexual satisfaction was assessed by Sexual Satisfaction Index; to evaluate body image, we used the Body Image Scale; psychological morbidity was assessed by the Hospital Anxiety and Depression Scale and to evaluate patient's satisfaction the Patient's Satisfaction Evaluation Questionnaire was used.

To evaluate the caregiver/family's burden it was used the Burden Assessment Scale and to evaluate the psychological morbidity it was employed the State-Trait Anxiety Inventory and Beck's Depressive Inventory.

Through the obtained results, it was confirmed that the stoma patients show a decrease of their functionality, a symptomatology aggravation, a worse state of health and a worse quality of life in a general way, when compared with the non stoma patients. As for the future perspectives, they also present significant differences, being minor than the stoma patients. It can also be found significant statistical differences connected with the sexual performance, the social life, the body image and the psychological morbidity.

When the patient's psychological morbidity and the caregiver/family's burden are associated, it is confirmed that the patient's depression and anxiety is connected with the caregiver/family's burden.

In the non stoma patients group, it was confirmed that the age is connected with a minor sexual activity. In the stoma patients the age does not alter, in a significant statistical way, their quality of life.

The stoma patients' relatives show higher depression and anxiety levels, when compared with the non stoma patients' caregivers/families.

To sum up, it seems unquestionable that the presence of a colostomy significantly alters the patients' quality of life, psychological morbidity, sexuality and body image. The stoma patients' relatives also suffer from high levels of anxiety and depression.



RESUMÉ

Le cancer colorectal provoque dans le malade un élevé ensemble de changements qui se vérifient essentiellement au niveau physique, psychologique et social. À cause de la gravité de la maladie, ces changements ne sont pas circonscrits à l'individu malade mais affectent aussi toute la famille.

En ce qui concerne le malade, il faut mettre en évidence les changements au niveau de la morbidité psychologique, l'anxiété et la dépression et, en cas d'être nécessaire l'exécution d'une stomie, au niveau de l'auto-image.

Quand on observe l'impact du cancer colorectal dans le soigneur/ famille, on constate que le malade mais aussi sa famille souffrent d'un changement profond de la morbidité psychologique. La nécessité en prendre soin du malade après la sortie de l'hôpital demande de la part des familiers une surcharge physique et psychologique qui conduit à une exhaustion élevée.

L'objectif de cette étude, c'est d'analyser l'impact du cancer colorectal dans le malade et dans les soigneux/ famille. En ce qui concerne le malade, cette analyse a mis au point les dimensions de la qualité de vie, la satisfaction marital, la satisfaction sexuelle, l'image corporel, la morbidité psychologique et la satisfaction de l'usager devant les soins de santé reçus. En ce qui concerne les soigneux/ famille, on a étudié la morbidité psychologique et l'exhaustion.

L'échantillon est constitué par 145 individus soumis à la chirurgie due au cancer colorectal. 46 présentent cancer du rectum et 99 cancer du côlon. 46 sont stomisés. 100 malades sont du sexe masculin.

Avec l'intention d'acéder aux plusieurs dimensions de la qualité de vie du malade, on a usé le questionnaire du EORTC QLQ- CR 30 et 38; pour évaluer le degré de satisfaction marital, on a utilisé l'Index de Satisfaction Marital; pour évaluer le degré de satisfaction sexuel on a usé l'Index de Satisfaction Sexuel; pour évaluer l'image corporel on a utilisé l'Échelle d'Image Corporel; pour évaluer la morbidité psychologique on a utilisé l'Échelle d'Anxiété et de la Dépression Hospitalier et pour évaluer la satisfaction du malade on a usé le Questionnaire d'Évaluation de la Satisfaction du Malade.

+

Pour évaluer l'épuisement du soigneur/familier on a utilisé l'Échelle d'Évaluation de l'Épuisement et pour évaluer la morbidité psychologique on a usé l'Inventaire d'Anxiété État-Trait et l'Inventaire Dépressive de Beck.

À travers des résultats obtenus, on a vérifié que les malades stomisés présentent une pire qualité de vie, en comparant avec les malades non-stomisés. Les différences sont plus accentuées au niveau de la santé en générale, de la qualité de vie globale, de la fonctionnalité physique, de l'accomplissement sexuel, de la perspective future et de l'image corporelle.

La morbidité psychologique est, de la même façon, affectée par la présence d'une stomie, tandis que les malades non-stomisés sont plus anxieux et déprimés que les malades non-stomisés. Il existe une relation significative entre l'anxiété et la dépression des malades et leur qualité de vie ; l'anxiété et la dépression ont un rapport plus fort avec la satisfaction marital, la satisfaction sexuelle et l'image corporelle, dans le groupe des malades stomisés. En ce qui concerne les malades non-stomisés, il y a une relation significative entre l'anxiété et la dépression et les plusieurs dimensions de la qualité de vie, notamment avec celles connectés à la fonctionnalité et à la symptomatologie. On a vérifié encore qu'il existe une fort relation positive entre la satisfaction sexuelle et la satisfaction maritale.

On a constaté que les facteurs qui prédisent la Qualité de Vie Emotionnel des Malades sont l'anxiété, la dépression et l'épuisement familiale.

En ce qui concerne la Qualité de Vie Physique, on a observé que les principaux facteurs qui prédisent sont l'âge, le facteur d'être ou pas stomisés et la dépression.

Les soigneux/familiers des malades stomisés présentent des majeurs niveaux de dépression et d'anxiété trait, en comparant avec les soigneux/familiers des malades non-stomisés ; il n'existe pas des différences significatives au niveau de l'anxiété trait et de l'épuisement du soigneux/ familial. La dépression des soigneux/ familiais a un rapport positif avec la dépression des malades.

On a aussi vérifié que la morbidité psychologique des malades, stomisés ou non-stomisés, est positivement en rapport avec l'épuisement de ces soigneurs. L'anxiété et la dépression des malades ont aussi un rapport positif avec l'anxiété et la dépression de ces soigneurs.



L'âge, dans le groupe des malades non-stomisés, a un rapport significatif avec les plusieurs dimensions de la qualité de vie, et cette association est plus significative dans les dimensions en rapport avec l'accomplissement sexuel et les problèmes sexuels masculins, dans lesquels plus est l'âge moins est la qualité de vie. Pour le groupe des malades non-stomisés, on a vérifié encore l'existence de l'association entre l'âge et la satisfaction maritale et l'image corporelle, étant que plus est l'âge, plus l'insatisfaction avec son image corporelle et plus la satisfaction avec la relation marital. Dans le groupe des malades stomisés, l'âge n'est pas associé avec aucune dimension de la qualité de vie.

On n'a pas constaté une relation significative entre la satisfaction du malade devant les soins de santé reçus et sa qualité de vie, ce qui peut s'expliquer dû au décalage entre la sortie de l'hôpital et l'application des instruments.

Pour finaliser, c'est incontestable que la présence d'une stomie change significativement la qualité de vie, la morbidité psychologique, la sexualité et l'image corporelle des malades. Les familiers des malades stomisés souffrent aussi d'élevés niveaux d'anxiété et de dépression.



ÍNDICE

Agradecimentos	iii
Resumos	v
Índices	xiii
PARTE I. REVISÃO DA LITERATURA	23
INTRODUÇÃO.....	24
CAPÍTULO 1. CANCRO COLORECTAL.....	28
1.1. INCIDÊNCIA.....	30
1.2. PREVALÊNCIA.....	33
1.3. VARIAÇÃO GEOGRÁFICA.....	34
1.4. ETIOLOGIA.....	34
1.5. RASTREIO E DIAGNÓSTICO.....	38
1.5.1. RASTREIO.....	39
1.5.1.1. MÉTODOS DE RASTREIO.....	40
1.5.1.1.1. PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES.....	41
1.5.1.1.2. RECTOSIGMÓIDOSCOPIA.....	42
1.5.1.1.3. COMBINAÇÃO DE PESQUISA E SANGUE OCULTO NAS FEZES.....	42
1.5.1.1.4. COLONOSCOPIA.....	43
1.5.1.1.5. CLISTER OPACO.....	44
1.5.2. DIAGNÓSTICO.....	45
1.5.2.1. AVANÇOS NO DIAGNÓSTICO DO CANCRO COLORECTAL	46
1.6. QUADRO CLÍNICO.....	46
1.7. CLASSIFICAÇÃO TUMORAL.....	47
1.8. PROGNÓSTICO.....	49
1.9. TRATAMENTO.....	51
1.9.1. CIRURGIA DO CANCRO COLORECTAL.....	52
1.9.1.1. COLOSTOMIAS.....	55
1.9.1.1.1. CLASSIFICAÇÃO DAS COLOSTOMIAS.....	56
1.9.1.1.2. COMPLICAÇÕES DAS COLOSTOMIAS.....	58

1.9.1.1.2.1. COMPLICAÇÕES IMEDIATAS	59
1.9.1.1.2.2. COMPLICAÇÕES TARDIAS.....	61
1.9.1.2. COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS.....	63
1.9.2. RADIOTERAPIA.....	64
1.9.2.1. BRAQUITERAPIA.....	67
1.9.2.2. EFEITOS SECUNDÁRIOS DA RADIOTERAPIA	68
1.9.2.2.1. EFEITOS ADVERSOS A LONGO PRAZO, NA MULHER.....	74
1.9.2.2.2. EFEITOS ADVERSOS A LONGO PRAZO, NO HOMEM.....	74
1.9.3. QUIMIOTERAPIA.....	74
1.9.3.1. EFEITOS ADVERSOS DA QUIMIOTERAPIA	77
CAPITULO 2. CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM CANCRO COLORECTAL E FAMÍLIA.....	84
2.1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM RELATIVOS À RADIOTERAPIA.....	89
2.2. CUIDADOS DE ENFERMAGEM RELATIVOS À QUIMIOTERAPIA.....	92
2.3. CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE OSTOMIZADO.....	95
CAPITULO 3. QUALIDADE DE VIDA DO DOENTE COM CANCRO COLORECTAL.....	100
3.1. MORBILIDADE PSICOLÓGICA.....	108
3.1.1. ANSIEDADE.....	110
3.1.2. DEPRESSÃO.....	112
3.1.3. IMAGEM CORPORAL.....	115
3.2. SATISFAÇÃO DO UTENTE.....	116
CAPITULO 4. IMPACTO DA DOENÇA NO CASAL.....	122
4.1. SATISFAÇÃO MARITAL.....	122
4.2. SATISFAÇÃO SEXUAL.....	123
4.3. EXAUSTÃO DO CUIDADOR/FAMILIAR	128
4.4. MORBILIDADE PSICOLÓGICA DO CUIDADOR/FAMILIAR.....	135
PARTE II. INVESTIGAÇÃO	138
CAPITULO 1. METODOLOGIA.....	138
1.1. TIPO DE ESTUDO.....	138
1.2. OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	138
1.2.1. OBJECTIVOS.....	138

1.2.2. HIPÓTESES.....	139
1.3. VARIÁVEIS EM ESTUDO.....	140
1.3.1. VARIÁVEIS CLÍNICAS RELATIVAS AO DOENTE.....	140
1.3.2. VARIÁVEIS DEPENDENTES RELATIVAS AO DOENTE.....	141
1.3.3. VARIÁVEIS INDEPENDENTES RELATIVAS AO CUIDADOR.....	144
1.3.4. VARIÁVEIS DEPENDENTES RELATIVAS AO CUIDADOR.....	145
1.4. AMOSTRA.....	147
1.5. PROCEDIMENTOS.....	148
1.6. INSTRUMENTOS.....	149
1.6.1. INSTRUMENTOS REFERENTES AO DOENTE.....	149
1.6.1.1. QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO.....	159
1.6.1.2. EORTC QLQ-CR30 E QLQ-CR38.....	150
1.6.1.3. ÍNDICE DE SATISFAÇÃO MARITAL.....	162
1.6.1.4. ÍNDICE DE SATISFAÇÃO SEXUAL.....	167
1.6.1.5. ESCALA DE IMAGEM CORPORAL.....	170
1.6.1.6. ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR.....	173
1.6.1.7. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO UTENTE.....	178
1.6.2. INSTRUMENTOS REFERENTES AO CUIDADOR.....	182
1.6.2.1. ESCALA DE AVALIAÇÃO DE EXAUSTÃO FAMILIAR.....	182
1.6.2.2. INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK.....	186
1.6.2.3. INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE TRAÇO E ESTADO.....	191
CAPÍTULO 2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	195
CAPÍTULO 3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	200
3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	200
3.1.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS DOENTES.....	201
3.1.2. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DOS DOENTES.....	205
3.1.3. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS CUIDADORES/FAMILIARES.....	210
3.2. RESULTADOS DOS DOENTES NAS DIFERENTES MEDIDAS DE AVALIAÇÃO.....	214
3.2.1. QUALIDADE DE VIDA.....	214
3.2.2. SATISFAÇÃO MARITAL.....	224

+	
3.2.3. SATISFAÇÃO SEXUAL	225
3.2.4. IMAGEM CORPORAL	227
3.2.5. MORBILIDADE PSICOLÓGICA	229
3.2.6. SATISFAÇÃO DO UTENTE.....	230
3.3. RESULTADOS DA ANÁLISE DESCRITIVA RELATIVOS AOS CUIDADORES/FAMILIARES.....	237
3.3.1. EXAUSTÃO DO CUIDADOR/FAMILIAR	237
3.3.2. DEPRESSÃO.....	238
3.3.3. ANSIEDADE ESTADO-TRAÇO.....	240
3.4. TESTES DE HIPÓTESES.....	243
3.4.1. INTRODUÇÃO.....	243
3.4.2. RESULTADOS DOS TESTES DE HIPÓTESES	246
3.5. RESULTADOS DAS ANÁLISES EXPLORATÓRIAS.....	261
3.5.1. RESULTADOS RELATIVOS AOS DOENTES.....	262
3.5.2. RESULTADOS RELATIVOS AOS CUIDADORES/FAMILIARES..	272
CAPITULO 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	276
4.1. QUALIDADE DE VIDA DO DOENTE COM CANCRO COLORECTAL E O SEU CUIDADOR/FAMILIAR: HIPÓTESES FORMULADAS.....	276
4.2. TESTES DAS ANÁLISES EXPLORATÓRIAS.....	290
4.2.1. DISCUSSÃO RELATIVA AOS DOENTES.....	290
4.2.2. DISCUSSÃO RELATIVA AOS CUIDADORES /FAMILIARES.....	294
CAPITULO 5. CONCLUSÕES.....	297
5.1. CONCLUSÕES.....	298
5.2. LIMITAÇÕES.....	302
5.3. IMPLICAÇÕES PARA O CUIDAR.....	303
CAPITULO 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	308
ANEXOS.....	329
ANEXO 1: CONSENTIMENTO INFORMADO E QUESTIONÁRIOS RELATIVOS AO DOENTE.....	331
ANEXO 2: CONSENTIMENTO INFORMADO E QUESTIONÁRIOS RELATIVOS AO CUIDADOR/FAMILIAR.....	353



LISTA DE FIGURAS



FIGURA 1.1. O IMPACTO DA FADIGA INDUZIDA PELA RADIOTERAPIA.....	73
FIGURA 1.2. PRINCIPAIS PROBLEMAS RELACIONADOS COM AS NÁUSEAS E OS VÓMITOS PROVOCADOS PELA TERAPÊUTICA QUIMIOTERÁPICA.....	80
FIGURA 1.3. MODELO CONCEPTUAL DE QUALIDADE DE VIDA.....	104

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1.1. ESTÁDIOS DO CANCRO COLORECTAL, SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO TMN.....	48
QUADRO 1.2. ESTADIAMENTO DOS TUMORES.....	49
QUADRO 2.1. ALFA DE CRONBACH DO EORTC QLQ-CR30 – ESCALA FUNCIONAL: SUB-ESCALA FÍSICO.....	153
QUADRO 2.2. ALFA DE CRONBACH DO EORTC QLQ-CR30 – ESCALA FUNCIONAL: SUB-ESCALA TAREFAS.....	154
QUADRO 2.3. ALFA DE CRONBACH DO EORTC QLQ-CR30 – ESCALA FUNCIONAL: SUB-ESCALA EMOCIONAL.....	154
QUADRO 2.4. ALFA DE CRONBACH DO EORTC QLQ-CR30 – ESCALA FUNCIONAL: SUB-ESCALA COGNITIVO.....	154
QUADRO 2.5. ALFA DE CRONBACH DO EORTC QLQ-CR30 – ESCALA FUNCIONAL: SUB-ESCALA SOCIAL.....	154
QUADRO 2.6. ALFA DE CRONBACH DO EORTC QLQ-CR30 – ESCALA DE SINTOMAS: SUB-ESCALA FADIGA.....	155
QUADRO 2.7. ALFA DE CRONBACH DO EORTC QLQ-CR30 – ESCALA DE SINTOMAS: SUB-ESCALA DOR.....	155
QUADRO 2.8. ALFA DE CRONBACH DO EORTC QLQ-CR30 – ESCALA DE SINTOMAS: SUB-ESCALA NÁUSEAS/VÓMITOS.....	155
QUADRO 2.9. ALFA DE CRONBACH DO EORTC QLQ-CR30 – ESCALA CONJUNTA: SUB-ESCALA SAÚDE EM GERAL E QLQ GLOBAL.....	155
QUADRO 2.10. ALFA DE CRONBACH DO EORTC QLQ-CR38 – ESCALA FUNCIONAL: SUB-ESCALA IMAGEM CORPORAL.....	159
QUADRO 2.11. ALFA DE CRONBACH DO EORTC QLQ-CR38 – ESCALA FUNCIONAL: SUB-ESCALA DESEMPENHO SEXUAL.....	159
QUADRO 2.12. ALFA DE CRONBACH DO EORTC QLQ-CR38 – ESCALA DE SINTOMAS: SUB-ESCALA PROBLEMAS DE MICÇÃO.....	160
QUADRO 2.13. ALFA DE CRONBACH DO EORTC QLQ-CR38 – ESCALA DE SINTOMAS: SUB-ESCALA EFEITOS SECUNDÁRIOS DA QUIMIOTERAPIA.....	160
QUADRO 2.14. ALFA DE CRONBACH DO EORTC QLQ-CR38 – ESCALA DE SINTOMAS: SUB-ESCALA SINTOMAS DO TRACTO GASTROINTESTINAL.....	160
QUADRO 2.15. ALFA DE CRONBACH DO EORTC QLQ-CR38 – ESCALA DE SINTOMAS: SUB-ESCALA PROBLEMAS SEXUAIS MASCULINOS.....	161
QUADRO 2.16. ALFA DE CRONBACH DO EORTC QLQ-CR38 – ESCALA DE SINTOMAS: SUB-ESCALA PROBLEMAS SEXUAIS FEMININOS.....	161
QUADRO 2.17. ALFA DE CRONBACH DO EORTC QLQ-CR38 – ESCALA DE SINTOMAS: SUB-ESCALA PROBLEMAS DE DEFECACÃO.....	161
QUADRO 2.18. ALFA DE CRONBACH DO EORTC QLQ-CR38 – ESCALA DE SINTOMAS: SUB-ESCALA PROBLEMAS RELACIONADOS COM O ESTOMA.....	162
QUADRO 2.19. ALFA DE CRONBACH DO ÍNDICE DE SATISFAÇÃO MARITAL.....	165
QUADRO 2.20. ALFA DE CRONBACH DA COMPONENTE ESTABILIDADE DA RELAÇÃO CONJUGAL	166
QUADRO 2.21. ALFA DE CRONBACH DA COMPONENTE SIMILARIDADE DE INTERESSES.....	166
QUADRO 2.22. ALFA DE CRONBACH DA COMPONENTE ANÁLISE	

RETROSPECTIVA DA RELAÇÃO.....	167
QUADRO 2.23. ALFA DE CRONBACH DO ÍNDICE DE SATISFAÇÃO SEXUAL.....	169
QUADRO 2.24. ALFA DE CRONBACH DA ESCALA DE IMAGEM CORPORAL.....	172
QUADRO 2.25. ESTRUTURA DA ESCALA DE IMAGEM CORPORAL.....	173
QUADRO 2.26. ESTRUTURA DA ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR.....	175
QUADRO 2.27. ALFA DE CRONBACH DO HADS – A (ANSIEDADE).....	176
QUADRO 2.28. ALFA DE CRONBACH DO HADS – D (DEPRESSÃO).....	176
QUADRO 2.29. ESTRUTURA DA ESCALA DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE HOSPITALAR DO ESTUDO.....	177
QUADRO 2.30. ALFA DE CRONBACH DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO UTENTE – SUB-ESCALA ACESSIBILIDADE.....	180
QUADRO 2.31. ALFA DE CRONBACH DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO UTENTE – SUB-ESCALA DESPESAS.....	180
QUADRO 2.32. ALFA DE CRONBACH DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO UTENTE – SUB-ESCALA QUALIDADE TÉCNICA.....	181
QUADRO 2.33. ALFA DE CRONBACH DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO UTENTE – SUB-ESCALA COMUNICAÇÃO/INFORMAÇÃO.....	181
QUADRO 2.34. ALFA DE CRONBACH DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO UTENTE – SUB-ESCALA RELAÇÕES INTERPESSOAIS.....	182
QUADRO 2.35. ALFA DE CRONBACH DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DE EXAUSTÃO.....	184
QUADRO 2.36. ESTRUTURA DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DE EXAUSTÃO	186
QUADRO 2.37. ALFA DE CRONBACH DO INVENTÁRIO DEPRESSIVO DE BECK.....	189
QUADRO 2.38. ALFA DE CRONBACH DO INVENTÁRIO DEPRESSIVO DE BECK – SUB-ESCALA COGNITIVA/APECTIVA.....	190
QUADRO 2.39. ALFA DE CRONBACH DO INVENTÁRIO DEPRESSIVO DE BECK – SUB-ESCALA SOMÁTICA/DESEMPENHO.....	190
QUADRO 2.40. ALFA DE CRONBACH DO INVENTÁRIO DE ANSIEDADE ESTADO – TRAÇO – SUB-ESCALA ESTADO.....	193
QUADRO 2.41. ALFA DE CRONBACH DO INVENTÁRIO DE ANSIEDADE ESTADO – TRAÇO – SUB-ESCALA TRAÇO.....	194
QUADRO 2.42. ESTADO CIVIL.....	201
QUADRO 2.43. DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES PELA RELAÇÃO COM O SEU CUIDADOR.....	204
QUADRO 2.44. ESTATÍSTICA DESCRITIVA RELATIVA AO MOMENTO DE DIAGNÓSTICO E CIRURGIA DOS DOENTES COM CCR.....	206
QUADRO 2.45. DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES PELA SINTOMATOLOGIA APRESENTADA.....	208
QUADRO 2.46. ESTATÍSTICA DESCRITIVA DO EORTC QLQ-CR30.....	218
QUADRO 2.47. ESTATÍSTICA DESCRITIVA DO EORTC QLQ-CR38.....	223
QUADRO 2.48. ESTATÍSTICA DESCRITIVA DO QUASU.....	236
QUADRO 2.49. RESULTADOS SIGNIFICATIVOS, RELATIVOS ÀS VARIÁVEIS QUALIDADE DE VIDA, IMAGEM CORPORAL E MORBILIDADE PSICOLÓGICA	247
QUADRO 2.50. RESULTADOS SIGNIFICATIVOS, DOS COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO DE SPEARMAN ENTRE AS DIMENSÕES DA QUALIDADE DE VIDA E AS VARIÁVEIS IMAGEM CORPORAL, SATISFAÇÃO SEXUAL, SATISFAÇÃO MARITAL, MORBILIDADE PSICOLÓGICA E SATISFAÇÃO DO UTENTE PARA OS DOENTES OSTOMIZADOS	250
QUADRO 2.51 RESULTADOS SIGNIFICATIVOS, DOS COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO DE SPEARMAN ENTRE AS DIMENSÕES DA QUALIDADE DE VIDA E AS VARIÁVEIS IMAGEM CORPORAL, SATISFAÇÃO SEXUAL, SATISFAÇÃO MARITAL, MORBILIDADE PSICOLÓGICA E SATISFAÇÃO DO UTENTE PARA OS DOENTES NÃO OSTOMIZADOS.....	251
QUADRO 2.52. RESULTADOS SIGNIFICATIVOS DAS ANÁLISES DE REGRESSÃO ENTER COM A ANSIEDADE, A DEPRESSÃO, A SATISFAÇÃO MARITAL, A IMAGEM CORPORAL, A EXAUSTÃO FAMILIAR, A ANSIEDADE ESTADO-TRAÇO E A DEPRESSÃO DOS FAMILIARES, COMO PREDITORAS DA QUALIDADE DE VIDA EMOCIONAL DOS DOENTES.....	254
QUADRO 2.53. RESULTADOS SIGNIFICATIVOS DAS ANÁLISES DE REGRESSÃO COM A ANSIEDADE, A DEPRESSÃO, A SATISFAÇÃO MARITAL, A IMAGEM CORPORAL, A EXAUSTÃO	

DO FAMILIAR, A ANSIEDADE ESTADO-TRAÇO E A DEPRESSÃO DOS FAMILIARES, COMO PREDITORAS DA QUALIDADE DE VIDA FÍSICA DOS DOENTES.....	255
QUADRO 2.54. RESULTADOS DO TESTE T RELATIVOS À VARIÁVEL MORBILIDADE PSICOLÓGICA (ANSIEDADE E DEPRESSÃO) E EXAUSTÃO DOS CUIDADORES /FAMILIARES.....	257
QUADRO 2.55. RESULTADOS DOS COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO ENTRE A MORBILIDADE PSICOLÓGICA (ANSIEDADE E DEPRESSÃO) DOS DOENTES OSTOMIZADOS E A EXAUSTÃO E MORBILIDADE PSICOLÓGICA DOS SEUS CUIDADORES.....	258
QUADRO 2.56. RESULTADOS DOS COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO ENTRE A MORBILIDADE PSICOLÓGICA (ANSIEDADE E DEPRESSÃO) DOS DOENTES NÃO OSTOMIZADOS E A EXAUSTÃO E MORBILIDADE PSICOLÓGICA DOS SEUS CUIDADORES...	259
QUADRO 2.57. RESULTADOS SIGNIFICATIVOS DAS ANÁLISES DE REGRESSÃO ENTER COM A ANSIEDADE ESTADO-TRAÇO E A DEPRESSÃO DOS FAMILIARES E A ANSIEDADE, A DEPRESSÃO, A SATISFAÇÃO MARITAL, A IMAGEM CORPORAL DOS DOENTES COMO PREDITORAS DA EXAUSTÃO DOS CUIDADORES/FAMILIARES.....	261
QUADRO 2.58. RESULTADOS SIGNIFICATIVOS, DOS COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO ENTRE A IDADE E AS VARIÁVEIS QUALIDADE DE VIDA, IMAGEM CORPORAL, SATISFAÇÃO SEXUAL, SATISFAÇÃO MARITAL, MORBILIDADE PSICOLÓGICA E A SATISFAÇÃO DO UTENTE NO GRUPO DE DOENTES NÃO OSTOMIZADOS.....	263
QUADRO 2.59. RESULTADOS SIGNIFICATIVOS ENTRE O SEXO E AS VARIÁVEIS SATISFAÇÃO MARITAL E SATISFAÇÃO SEXUAL, NO GRUPO DE DOENTES OSTOMIZADOS.	264
QUADRO 2.60. RESULTADOS DO TESTE T, RELATIVAMENTE À INFLUÊNCIA DO SEXO NAS DIMENSÕES FÍSICO, PERSPECTIVA FUTURA, DESEMPENHO SEXUAL, PRAZER SEXUAL, DEPRESSÃO E COMUNICAÇÃO/INFORMAÇÃO, NO GRUPO DE DOENTES NÃO OSTOMIZADOS.....	264
QUADRO 2.61. RESULTADOS DOS COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO DE SPEARMAN ENTRE AS HABILITAÇÕES LITERÁRIAS E AS VARIÁVEIS QUALIDADE DE VIDA, IMAGEM CORPORAL, SATISFAÇÃO SEXUAL, SATISFAÇÃO MARITAL, MORBILIDADE PSICOLÓGICA E A SATISFAÇÃO DO UTENTE.....	266
QUADRO 2.62. RESULTADOS SIGNIFICATIVOS, RELATIVAMENTE À INFLUÊNCIA DO GRUPO PROFISSIONAL NAS DIMENSÕES ACESSIBILIDADE, QUALIDADE TÉCNICA, AVALIAÇÃO GLOBAL DA SATISFAÇÃO, EMOCIONAL, DESEMPENHO SEXUAL, PROBLEMAS DE MICÇÃO E PROBLEMAS SEXUAIS MASCULINOS.....	268
QUADRO 2.63. RESULTADOS SIGNIFICATIVOS, RELATIVAMENTE À INFLUÊNCIA DOS TRATAMENTOS EFECTUADOS NAS DIMENSÕES EMOCIONAL E EFEITOS SECUNDÁRIOS DA QUIMIOTERAPIA.....	269
QUADRO 2.64. RESULTADOS DO TESTE DE SCHEFFÉ, RELATIVAMENTE À INFLUÊNCIA DOS TRATAMENTOS EFECTUADOS NAS DIMENSÕES EMOCIONAL E EFEITOS SECUNDÁRIOS DA QUIMIOTERAPIA.....	270
QUADRO 2.65. RESULTADOS DO TESTE T, ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVOS, RELATIVAMENTE À INFLUÊNCIA DOS TRATAMENTOS ACTUAIS NAS VARIÁVEIS QUALIDADE DE VIDA, SATISFAÇÃO DO UTENTE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO	271
QUADRO 2.66. RESULTADOS, ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVOS, RELATIVOS À INFLUÊNCIA DA VARIÁVEL RELAÇÃO COM O DOENTE, NA VARIÁVEL DEPRESSÃO DOS CUIDADORES/FAMILIARES.....	274

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 2.1. DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS POR GÉNERO.....	201
GRÁFICO 2.2. DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES PELA ACTIVIDADE PROFISSIONAL	202
GRÁFICO 2.3. DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES PELO NÍVEL DE ESCOLARIDADE	203
GRÁFICO 2.4. DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES PELA ZONA DE RESIDÊNCIA.....	203
GRÁFICO 2.5. DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES PELA ACOMPANHAMENTO POR PARTE DOS SEUS CUIDADORES/FAMILIARES DESDE O INÍCIO DA DOENÇA....	204
GRÁFICO 2.6. DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES PELO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO EM RELAÇÃO À DATA DO ESTUDO.....	205
GRÁFICO 2.7. DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES PELO TEMPO DECORRIDO ENTRE A CIRURGIA E O MOMENTO DA AVALIAÇÃO	206
GRÁFICO 2.8. DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES PELOS TRATAMENTOS EFECTUADOS.....	207
GRÁFICO 2.9. DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES PELOS TRATAMENTOS EM CURSO NO MOMENTO DA AVALIAÇÃO.....	207
GRÁFICO 2.10. DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES PELA LOCALIZAÇÃO DO TUMOR.....	209
GRÁFICO 2.11. DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES PELO NÚMERO DE INTERNAMENTOS.....	210
GRÁFICO 2.12. DISTRIBUIÇÃO DOS CUIDADORES/FAMILIARES PELO SEU GÉNERO.....	211
GRÁFICO 2.13. DISTRIBUIÇÃO DOS CUIDADORES/FAMILIARES PELA ACTIVIDADE PROFISSIONAL.....	211
GRÁFICO 2.14. DISTRIBUIÇÃO DOS CUIDADORES/FAMILIARES PELAS HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.....	212
GRÁFICO 2.15. DISTRIBUIÇÃO DOS CUIDADORES/FAMILIARES PELA SITUAÇÃO RELACIONAL COM O DOENTE.....	213
GRÁFICO 2.16. DISTRIBUIÇÃO DOS CUIDADORES/FAMILIARES PELA SITUAÇÃO PROFISSIONAL ACTUAL.....	213
GRÁFICO 2.17. RESPOSTAS CORRESPONDENTES ÀS ESCALAS FUNCIONAIS CR30 (FÍSICO E TAREFAS).....	215
GRÁFICO 2.18. RESPOSTAS CORRESPONDENTES ÀS ESCALAS FUNCIONAIS CR30 (EMOCIONAL, COGNITIVO E SOCIAL).....	215
GRÁFICO 2.19. RESPOSTAS CORRESPONDENTES ÀS ESCALAS DE SINTOMAS CR30 (FADIGA, DOR E NÁUSEA/VÓMITOS).....	216
GRÁFICO 2.20. RESPOSTAS CORRESPONDENTES ÀS ESCALAS SIMPLES CR30 (DISPNEIA, INSÓNIA, PERDA DE APETITE, PRISÃO DE VENTRE, DIARREIA E DIFICULDADES FINANCEIRAS).....	216
GRÁFICO 2.21. RESPOSTAS CORRESPONDENTES ÀS ESCALAS SIMPLES CR30 (SAÚDE EM GERAL E QUALIDADE DE VIDA GLOBAL).....	217
GRÁFICO 2.22. DISTRIBUIÇÃO DOS INQUERIDOS PELO PERFIL DOS VALORES DAS MÉDIAS DAS DIMENSÕES DO EORTC QLQ-CR30	219
GRÁFICO 2.23. RESPOSTAS CORRESPONDENTES ÀS ESCALAS FUNCIONAIS CR38 (IMAGEM CORPORAL, PERSPECTIVA FUTURA, FUNCIONAMENTO SEXUAL E PRAZER SEXUAL).....	220

+	
GRÁFICO 2.24. RESPOSTAS CORRESPONDENTES ÀS ESCALAS DE SINTOMAS CR38 (PROBLEMAS DE MICÇÃO, EFEITOS SEC. QUIMIOTERAPIA E SINTOMAS DO TRACTO GASTROINTESTINAL).....	221
GRÁFICO 2.25. RESPOSTAS CORRESPONDENTES ÀS ESCALAS DE SINTOMAS CR38 (PROB. SEXUAIS MASCULINOS, PROB. SEXUAIS FEMININOS E PROB. DE DEFECAÇÃO).....	221
GRÁFICO 2.26. RESPOSTAS CORRESPONDENTES ÀS ESCALAS DE SINTOMAS CR38 (PROB. RELACIONADOS COM O ESTOMA E PERDA DE PESO).....	222
GRÁFICO 2.27. DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES PELO PERFIL DOS VALORES DAS MÉDIAS DAS DIMENSÕES DO EORTC QLQ-CR38	224
GRÁFICO 2.28. RESPOSTAS CORRESPONDENTES AO ÍNDICE DE SATISFAÇÃO MARITAL.....	225
GRÁFICO 2.29. RESPOSTAS CORRESPONDENTES AO ÍNDICE DE SATISFAÇÃO SEXUAL.....	226
GRÁFICO 2.30. RESPOSTAS CORRESPONDENTES ÀS QUESTÕES CONSTITUINTES DA ESCALA DE IMAGEM CORPORAL	227
GRÁFICO 2.31. RESPOSTAS CORRESPONDENTES ÀS QUESTÕES CONSTITUINTES DA ESCALA DE IMAGEM CORPORAL RELATIVAS AO DOENTE OSTOMIZADO.....	228
GRÁFICO 2.32. RESPOSTAS CORRESPONDENTES ÀS QUESTÕES CONSTITUINTES DA ESCALA DE IMAGEM CORPORAL RELATIVAS AO DOENTE NÃO OSTOMIZADO.....	228
GRÁFICO 2.33. RESPOSTAS CORRESPONDENTES ÀS QUESTÕES CONSTITUINTES DO HADS – ANSIEDADE.....	229
GRÁFICO 2.34. RESPOSTAS CORRESPONDENTES ÀS QUESTÕES CONSTITUINTES DO HADS – DEPRESSÃO.....	230
GRÁFICO 2.35. RESPOSTAS CORRESPONDENTES À DIMENSÃO ACESSIBILIDADE DO QUASU.....	231
GRÁFICO 2.36. RESPOSTAS CORRESPONDENTES À DIMENSÃO DESPESAS DO QUASU.....	232
GRÁFICO 2.37. RESPOSTAS CORRESPONDENTES À DIMENSÃO QUALIDADE TÉCNICA DO QUASU.....	233
GRÁFICO 2.38. RESPOSTAS CORRESPONDENTES À DIMENSÃO COMUNICAÇÃO/INFORMAÇÃO DO QUASU.....	233
GRÁFICO 2.39. RESPOSTAS CORRESPONDENTES À DIMENSÃO RELAÇÕES INTERPESSOAIS DO QUASU.....	234
GRÁFICO 2.40. RESPOSTAS CORRESPONDENTES À DIMENSÃO COORDENAÇÃO DE EQUIPAS DO QUASU.....	234
GRÁFICO 2.41. RESPOSTAS CORRESPONDENTES À DIMENSÃO AVALIAÇÃO GLOBAL DO QUASU.....	235
GRÁFICO 2.42. DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES PELO PERFIL DOS VALORES DAS MÉDIAS DAS DIMENSÕES DO QUASU.....	236
GRÁFICO 2.43. RESPOSTAS CORRESPONDENTES À ESCALA DE AVALIAÇÃO DE EXAUSTÃO.....	238
GRÁFICO 2.44. Respostas CORRESPONDENTES ÀS QUESTÕES A A M (ESCALA COGNITIVA) DO INVENTÁRIO DEPRESSIVO DE BECK.....	239
GRÁFICO 2.45. RESPOSTAS CORRESPONDENTES ÀS QUESTÕES N A U (ESCALA SOMÁTICA) DO INVENTÁRIO DEPRESSIVO DE BECK.....	240
GRÁFICO 2.46. RESPOSTAS CORRESPONDENTES À ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE – ESTADO.....	241
GRÁFICO 2.47. RESPOSTAS CORRESPONDENTES À ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE – TRAÇO.....	242

PARTE I. REVISÃO DA LITERATURA

PARTE I – REVISÃO DA LITERATURA

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida de qualquer indivíduo é influenciada por inúmeros factores que podem ser físicos, psicológicos, sociais, espirituais e culturais. Pela multiplicidade de factores que a influenciam compreende simultaneamente um aspecto objectivo e um aspecto subjectivo. Tendo em conta estes aspectos, alguns autores preferem referir-se a bem-estar subjectivo, tendo em conta a forma como cada um se sente física e psicologicamente e nas suas relações com o meio (Couvreur, 1999).

Podemos assim afirmar que a doença é, sem dúvida, um factor determinante para a diminuição da qualidade de vida do indivíduo. Este facto agrava-se quando a doença tem repercussões ao nível da auto-imagem e da satisfação das actividades de vida, como é o caso das neoplasias do intestino, com recurso a colostomia (Kirkpatrick, 1980).

O cancro colorectal provoca alterações significativas na qualidade de vida dos doentes, nomeadamente a nível social, de entre as quais se salientam a relutância em retomar a sua actividade profissional após a cirurgia, a limitação dos contactos sociais e as mudanças nas actividades de lazer, tais como, a escolha de actividades mais passivas e que não requeiram o contacto com várias pessoas (Szczepkowski, 2002).

Schipper, Chinch e Powell (1990) citados por Ribeiro (1999, p.68) referem *que a qualidade de vida é um conceito pragmático que representa o nível funcional individual, medido a partir da percepção do doente, em vez de a partir da percepção do clínico, e que esta se exprime a partir de quatro aspectos: funcionamento ocupacional e físico, estado psicológico, interacção social e sensações somáticas.*

Pela gravidade da alteração imposta pela doença ao indivíduo, é necessária e imperiosa uma atenção individualizada da equipa de saúde, que lhe permita uma melhor adaptação física e psíquica à crise desencadeada.

A educação para a saúde, sendo condição indispensável para o empenho e responsabilidade do indivíduo perante a sua saúde e, permitindo-lhe uma tomada de consciência a nível individual, deve fundamentar a maioria dos actos dos profissionais de saúde, tendo em conta a necessidade constante de adaptação e de aprendizagem a que estes indivíduos estão sujeitos.

Uma parte considerável dos doentes com cancro colorectal necessita de uma ostomia, curativa ou paliativa. A ostomia é considerada uma cirurgia mutilante, provocando profundas alterações a nível da auto-imagem e auto-estima do indivíduo. Estas alterações exigem do enfermeiro a qualificação necessária para detectar, avaliar e tentar aliviar as dificuldades emocionais encontradas pela pessoa na convivência com o estoma (Cesaretti & Leite, 2001).

Piwonka (1999) salienta que um dos aspectos que mais condiciona a adaptação do doente à sua colostomia prende-se com a necessidade de lhe ser ministrado um ensino adequado face aos cuidados a ter com o seu estoma. A autora refere ainda que o sucesso da adaptação à colostomia permanente é mais provável que aconteça em doentes que receberam adequada instrução acerca dos cuidados a prestar a si próprios e um suporte psicológico apropriado para aceitar a sua nova imagem corporal.

Também a sexualidade nos indivíduos ostomizados apresenta alterações significativas. Nugent (1999) refere que a maioria dos doentes ostomizados verificam alguma mudança no seu estilo de vida (80%), e mais de 40% destes teve problemas com a sua vida sexual.

Dos doentes com cancro colorectal, submetidos a cirurgia, a literatura aponta que os doentes ostomizados apresentam disfunção sexual mais acentuada que os doentes não ostomizados (Szczepkowski, 2002). O mesmo autor refere ainda que é frequente ocorrer uma significativa deterioração da qualidade de vida dos doentes com cancro colorectal submetidos a cirurgia, seja esta com recurso a ostomia ou não. Contudo, os doentes ostomizados sofrem mais frequentemente de depressão, solidão e desespero provocados pela sua baixa auto-estima e pela desfavorável alteração da sua aparência física, em especial os doentes jovens e do sexo feminino.

A satisfação do doente prende-se, de modo geral, com a resposta atempada dos profissionais de saúde perante um conjunto de situações a que este tem de fazer face, ao confrontar-se com uma situação de doença oncológica. São de salientar os aspectos relacionados com o apoio psicológico e a capacidade de escuta demonstrado pelos profissionais, facilitando deste modo a gestão das suas emoções (Lazure, 1994).

Walker e colaboradores (2003) referem que a satisfação dos doentes pode ser melhorada se os profissionais de saúde atenderem às necessidades psicossociais dos doentes, decorrentes do aparecimento de doença oncológica.

No que concerne ao impacto da doença na família, Ribeiro (1998, 263) *refere que todos os familiares do doente com cancro, principalmente os que coabitam com ele, são fortemente afectados emocional e cognitivamente pela doença.*

Assim, é de salientar que a presença da doença oncológica atinge profundamente toda a família. Tal como a pessoa com cancro se ajusta à notícia do seu diagnóstico, também os que lhe são próximos experimentam os seus próprios pensamentos, emoções e problemas (Rose & Hara, 2005).

Por sua vez, Sisk (2000) salienta que o sexo do prestador de cuidados e a sua relação com o doente influenciam directamente a sua exaustão. A autora descreve o resultado de vários estudos nos quais se pode observar que o *stress* do prestador de cuidados tende a ser mais elevado em cuidadores do sexo feminino e em esposas. Nos resultados destes estudos podemos ainda observar que o *stress* é maior tendo em conta que as mulheres casadas necessitam de articular as necessidades do doente com as necessidades dos restantes membros da família.

Neste sentido, pretende-se que o presente estudo venha colmatar uma lacuna existente ao nível do conhecimento acerca da qualidade de vida dos indivíduos com cancro colorectal, nomeadamente no que respeita aos factores que nela interferem de forma mais significativa. Considera-se assim que este estudo possa contribuir de forma bastante positiva para a melhoria da intervenção dos profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, junto destes doentes e família, nomeadamente na definição de estratégias de educação para a saúde, promovendo assim uma maior adaptação psicossocial do indivíduo.



CAPÍTULO 1. CANCRO COLORECTAL

CAPÍTULO 1. CANCRO COLORECTAL

O cancro colorectal (CCR) é um tumor maligno que se desenvolve no cólon ou recto. Considera-se o intestino grosso dividido em cego, cólon ascendente, cólon transversal, cólon descendente, sigmóide e recto. O sigmóide e o recto formam, conjuntamente, a parte terminal do tracto gastrointestinal.

As principais funções do intestino grosso são a absorção de água e electrólitos a partir do quimo e depósito de resíduos alimentares (fezes) até à defecação (Phipps et al, 2003).

O CCR inicia-se, em grande percentagem, através da mutação de uma única célula, a qual dá origem à formação de pólipos no interior do intestino. Se não se proceder atempadamente à sua remoção, dar-se-á a formação do tumor maligno e consequentemente a sua metastização para outros órgãos (Cohen & Winawer, 1995).

O crescimento tumoral no intestino é, geralmente, silencioso, não apresentando qualquer tipo de sintomatologia, pelo menos numa fase inicial. Esta característica do tumor colorectal reduz significativamente as hipóteses de diagnóstico precoce, facto que condiciona de alguma forma o seu tratamento e respectiva cura. Estes aspectos exigem, por parte da população em geral, uma sensibilização elevada para o despiste precoce desta patologia, assim como a adopção de hábitos de vida saudáveis, tendo em conta que o aparecimento do CCR está directamente relacionado com determinados estilos de vida.

O tratamento do CCR inclui vários aspectos, tais como cirurgia, quimioterapia, radioterapia, terapia de modalidade combinada e cuidados de suporte. A cirurgia é o tratamento de eleição, tendo como objectivo a ressecção cirúrgica do tumor primário. Aproximadamente metade dos doentes com CCR atingem a cura através da ressecção do tumor, a outra metade morre em consequência da ocorrência de disseminação metastática (Hawthorn, 2000).

Se através da técnica cirúrgica for efectuada uma completa ressecção do tumor, pode atingir-se a cura. Contudo, em doentes nos quais se verifica já o

envolvimento dos gânglios linfáticos, existem 40 a 50% de hipóteses de recorrência, local ou metastática (Kohne, 2003).

Grande número de doentes com tumores do recto desenvolve metástases algum tempo após a ressecção cirúrgica. Deste modo, é importante considerar a hipótese de efectuar uma ressecção mesorectal total, como técnica cirúrgica de eleição neste tipo de doentes, com o objectivo de remover completamente todo o tecido tumoral.

Para além da cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia administradas no período pré e/ou pós-operatório contribuem de forma significativa para diminuir o aparecimento de recorrência da doença.

Estudos científicos enfatizam o vertiginoso avanço verificado no tratamento médico e cirúrgico do cancro colorectal, facto que em muito contribuiu para um aumento da sobrevivência e da qualidade de vida dos doentes (Ju et al, 2007). Por este motivo, e tendo em conta a sua cronicidade, o CCR impõe ao doente e família inúmeras alterações nos seus hábitos de vida diários. Estas alterações incluem aspectos físicos, psíquicos e sociais, o que provoca uma diminuição significativa na qualidade de vida do doente e família (Ragué & Valentí, 1999).

Independentemente da idade ou do estadio do ciclo vital em que o cancro é diagnosticado, o indivíduo vê-se confrontado com um conjunto de problemas que não estão limitados apenas ao diagnóstico ou tratamento mas se prolongam pelo resto da vida, com alterações psicológicas, tais como medo de recaídas ou da morte, dependência dos prestadores de cuidados ou efeitos negativos nos familiares (Barsevick, 2000).

Face a estas alterações que lhe são impostas pela doença, o doente tem de se adaptar e adquirir novas competências que lhe permitam adaptar-se à sua situação de doença, o que por vezes implica ajustamentos psicossociais significativos: mudanças de comportamento; aumento dos cuidados de higiene pessoal e dieta alimentar diária; adaptação e ajuste aos sintomas secundários dos tratamentos e alterações físicas; impacto emocional da doença; mudanças e, por vezes, interrupção na actividade profissional; acréscimos e dificuldades económicas; dificuldades ao nível das relações interpessoais; medo da morte e sentimentos de culpa que possam surgir (Pereira & Lopes, 2002, p.71).

O CCR é um dos cancros mais frequentes dos países industrializados. Este facto levou a que fossem estudados os factores ambientais tendo em conta a sua etiologia (Hawk et al., 2002; Cohen & Winawer, 1995).

Assim, consideram-se como factores importantes no desenvolvimento do CCR, uma dieta pobre em fibras, tendo em conta a importância das mesmas na aceleração do peristaltismo intestinal, dieta rica em gorduras e proteínas animais, para além da existência de pólipos adenomatosos no intestino, mais precisamente no cólon. Mais de 50% dos cancros colorectais localiza-se no sigmóide e no cólon esquerdo.

Relativamente ao quadro clínico, é muito vago coincidindo a sua sintomatologia com a maioria da sintomatologia das doenças gastrointestinais benignas. Contudo, salientam-se algumas características relativamente à sua localização. Nos tumores malignos do cólon direito (cego, ascendente e angulo hepático) verifica-se um predomínio de sintomas inespecíficos, tais como, mal-estar geral, perda de peso e anemia. Os sintomas abdominais são pouco comuns, podendo ser detectada um tumor abdominal na fossa ilíaca direita (Trowbridge & Burt, 2002).

Os cancros do cólon transverso e esquerdo apresentam um quadro de obstipação, no qual o doente refere a experimentação de vários laxantes, sem sucesso. Esta obstipação ocorre em alternância com um quadro de diarreia, na qual se pode observar sangue e muco.

Se o cancro ocorre no sigmóide existe um quadro de alteração do padrão de eliminação, alternando períodos de obstipação com períodos de diarreia, onde poderá observar-se a presença de sangue ou muco.

Pode dizer-se que o cancro do cólon direito é cronicamente anemiante e o cancro do cólon esquerdo é progressivamente oclusivo (Ragué, 1994).

1.1. CANCRO COLORECTAL: INCIDÊNCIA

O CCR é a principal causa de mortalidade e morbilidade, relacionada com o cancro, na América do Norte, Europa e em outras regiões onde os estilos de vida e os hábitos alimentares são similares (Bresalier & Kim, 1998).

A incidência do CCR é elevada nos países industrializados, onde o consumo *per capita* de carnes, gorduras e hidratos de carbono refinados é elevado. Aumentou rapidamente no Japão, coincidindo com o desenvolvimento

económico e a adopção de dieta similar à dos outros países industrializados, (Milson, 1993).

Estudos apontam para o facto de se verificar uma correlação francamente positiva entre a incidência do CCR e o consumo combinado de gordura e proteínas animais (Burnstein, 1993). O mesmo autor enfatiza estes aspectos salientando que nos EUA, Adventistas do Sétimo Dia, os quais consomem muito baixa ou nula quantidade de carne, e consomem uma quantidade de gordura inferior à da população em geral, apresentam uma menor taxa de mortalidade por cancro do cólon.

Uma explicação plausível para a incidência do cancro do cólon em doentes que apresentam uma dieta rica em gorduras prende-se com a existência de uma elevada concentração de ácidos biliares fecais que está aumentada em indivíduos com dieta rica em gordura. Por sua vez os doentes com cancro do cólon apresentam concentrações elevadas destes ácidos (Burnstein, 1993).

Trowbridge e Burt (2002) referem que a incidência do cancro colorectal é ligeiramente superior no sexo masculino do que no sexo feminino, mas o risco durante toda a vida é equivalente, tendo em conta que as mulheres vivem mais que os homens. O mesmo autor refere ainda que a malignidade ocorre em todos os grupos étnicos, sendo que os Afro-Americanos apresentam a maior taxa de prevalência e mortalidade e os Americanos nativos a mais baixa. Estes achados foram também evidenciados num estudo recente desenvolvido por Sharma e O`Keefe em 2007.

O CCR é uma doença comum; no ano 2000 existiram aproximadamente 98200 novos casos de cancro do cólon e 37200 novos casos de cancro rectal na América. O cancro colorectal é o cancro mais comum do tracto gastrointestinal nos EUA e o 3º mais comum dos cancros em geral, apresentando o 2º maior número de mortes por cancro (Bub et al., 2003).

A taxa de cura deste tipo de cancro permanece em 50% há várias décadas, e o impacto dos programas de rastreio tem sido inferior ao esperado. Estes factos têm conduzido a um aumento de interesse relativo à investigação, nomeadamente dos factores predisponentes, com o objectivo de tornar possível a sua prevenção (Burnstein, 1993).

Para além da sua incidência ser bastante elevada, o seu diagnóstico é também efectuado tardiamente, tendo em conta o facto dos seus sintomas serem

vagos, o que diminui drasticamente as hipóteses de cura. O CCR, se diagnosticado precocemente, tem uma percentagem de cura de 90%, contudo, se diagnosticado tardiamente, existindo já uma disseminação metastática avançada, esta percentagem diminui para 5% (Hawthorn, 2000). Relativamente ao mundo ocidental, o mesmo autor refere que o CCR é a 2ª causa de morte mais frequente por cancro, precedida do cancro do pulmão no sexo masculino e do cancro da mama, no sexo feminino.

No que concerne a Portugal, e no ano 2000, o CCR foi o cancro mais comum no sexo masculino (3173 novos casos). No sexo feminino o CCR situa-se no 2º lugar, com 2541 novos casos registados (Pinheiro et al., 2003).

Por sua vez, Cotter (2004) refere que o CCR origina, em Portugal, cerca de cinco mil novos doentes por ano, sendo o cancro mais frequente e o que mais mortes ocasiona.

Pinheiro e colaboradores (2003) referem ainda que, relativamente ao sexo masculino, o CCR apresenta um aumento significativo da sua incidência (3,3%). No sexo feminino verificou-se uma estabilização das mortes por cancro, em geral. O mesmo autor salientou que, no que se refere a Portugal, há a salientar o facto de a sobrevivência por cancro colorectal ser menor do que em Itália, Espanha e Suíça.

Também Zampino e colaboradores (2004) referem que a sobrevivência relativa para adultos diagnosticados com cancro rectal, na Europa, entre 1990 – 1994, foi de 75 % a um ano e de 48%, a 5 anos. O mesmo autor refere ainda que aos 5 anos, a sobrevivência diminui com a idade, passando de 54% nos doentes mais novos (idades entre 15 – 45 anos), para 39% no grupo de doentes mais idosos (idades iguais ou superiores a 75 anos).

Tendo em conta a importância deste cancro, não é de mais salientar outros dados estatísticos encontrados como forma de evidenciar a gravidade desta patologia. Assim, relativamente a Portugal, Veloso (2004) refere que em 2000 foi estimada a incidência de 5495 novos casos. O mesmo autor refere ainda que actualmente, a incidência desta neoplasia em Portugal, considerando ambos os sexos, ultrapassou a do cancro do pulmão e representa cerca de 15% de todas as neoplasias.

Esta neoplasia é uma doença pouco comum em indivíduos com idade inferior a 40 anos, sendo que a sua incidência aumenta com a idade. Após os 50

anos, o risco de contrair a doença duplica por cada década. A idade média de início da doença situa-se nos 62 anos (Hawthorn, 2000).

Ainda relativamente à idade, Trowbridge e Burt (2002) referem que mais de 90% dos cancros do cólon ocorrem em indivíduos com idade superior a 50 anos e 75% ocorrem em indivíduos sem outros factores de risco que não seja a idade. Também Abir, Alva e Longo (2004) salientam que a incidência do CCR aumenta com a idade, com dois terços dos casos encontrados em doentes com idade superior a 65 anos. Os autores referem também que o risco de desenvolver CCR duplica em cada sete anos após os 50 anos de idade.

O CCR apresenta diferenças quanto à sua etiologia e epidemiologia, consoante se localiza no cólon proximal, cólon distal ou recto (Burnstein, 1993). A comprová-lo, o mesmo autor refere que membros de uma população Japonesa urbana adoptaram uma dieta com elevado teor de gordura, facto que fez disparar a incidência do cancro do cólon distal. Contudo, a incidência do cancro do cólon proximal não sofreu qualquer alteração. Ainda segundo Burnstein (1993), verificou-se que na América do Norte o cancro rectal é mais comum nos homens que nas mulheres, porém a incidência do cancro do cólon distal não varia consoante o sexo.

Quanto à diferenciação por cancro, Zampino e colaboradores (2004) referem que as curvas de sobrevivência relativas ao cancro rectal diferem das curvas referentes ao cancro do cólon. Assim, a sobrevivência a 1 ano, para o cancro rectal é superior à do cancro do cólon (75% versus 70%), mas a sobrevivência aos 5 anos é similar (48% versus 51%). Esta realidade deve-se ao facto de a mortalidade, relativamente ao cancro rectal, continuar de forma significativa, após um ano de sobrevivência.

1.2. PREVALÊNCIA

A taxa de prevalência consiste no número de casos existentes num determinado tempo sobre a população em risco.

Pode referir-se que na Europa, para ambos os sexos, o cancro do cólon representa 5% do total da prevalência por cancro (Zampino et al., 2004). O

mesmo autor, relativamente ao cancro do recto, apresenta os dados relativos a 1992, os quais apontam para uma prevalência de 112 para 100 000.

Actualmente nos EUA, a prevalência do CCR em indivíduos de raça branca é superior no cego e cólon ascendente (22% no sexo masculino e 27% no sexo feminino) e no sigmóide (25% no sexo masculino e 23% no sexo feminino) (Bresalier & Kim, 1998).

1.3. VARIAÇÃO GEOGRÁFICA

A variação geográfica está intimamente relacionada com o desenvolvimento e o poder económico dos diversos países. É mais frequente nos países industrializados, nomeadamente na América do Norte, Europa do Norte, Austrália e Nova Zelândia. A maior incidência verificada é de aproximadamente de 15 por 100.000 mulheres; e de 22 por 100.000 homens, nos EUA. A menor incidência verifica-se no Senegal, sendo de 1,9 por 100.000, tanto para homens como para mulheres (Hawthorn, 2000).

Relativamente a estes aspectos, Bresalier e Kim (1998) referem que a frequência do CCR varia notavelmente entre populações diferentes. Assim, a incidência é mais elevada nos países desenvolvidos da América do Norte, Austrália e Nova Zelândia; intermédia em áreas europeias e baixa nas regiões da Ásia, América do Sul e em especial na África abaixo do Saara.

1.4. ETIOLOGIA

Estudos efectuados em emigrantes sugerem que o CCR é largamente determinado pela exposição ambiental (Zambino, 2004). O mesmo autor considera que a dieta, como factor exógeno, tem neste sentido um peso determinante na prevenção do CCR. Estima-se que 70% dos CCRs possam ser evitados, através de uma intervenção a nível nutricional.

Contudo, existem determinadas características às quais está associada uma certa predisposição para o desenvolvimento do CCR. De um modo geral este desenvolve-se em doentes afectados por polipose familiar, síndrome de Gardner, tumores vilosos e colite ulcerativa crónica (Schwartz, 1979).

Como se pode observar através da literatura, são vários os factores predisponentes do CCR e da polipose, sendo de salientar uma complexa

interacção entre factores genéticos e ambientais. Destes últimos apontam-se como mais relevantes a dieta e o consumo de certas substâncias químicas.

A dieta abarca um conjunto de factores que influenciam o desenvolvimento do cancro colorectal, sendo os mais relevantes (Hawthorn, 2000):

- Alto consumo de gorduras animais;
- Alto consumo de carne vermelha;
- Alto consumo de açúcar;
- Baixo consumo de fibras;
- Baixo consumo de fruta e verduras;
- Obesidade.

Contrastando com estes factores, podem referir-se como factores que contribuem para diminuir o risco de CCR, tendo em conta o seu efeito protector ao nível da mucosa intestinal, uma dieta diária rica em fibras, fruta e legumes frescos, consumo adequado de cálcio e de certas vitaminas (A, C, D, E) tendo em conta o seu efeito antióxidante (Hawthorn, 2000; Hawk et al., 2002).

Winawer (1990, p.678) refere que *há uma baixa incidência de apendicite, adenomas, diverticulose, colite ulcerativa e cancro colorectal em bantus sul-africanos e outras populações da África, cuja dieta contém mais fibras e menos gordura animal do que as dietas em regiões mais desenvolvidas*. Segundo este autor, as dietas ricas em fibras aumentam o volume fecal e o peristaltismo, evitando que as fezes e, por conseguinte, algum potencial carcinógeno, estejam durante longos períodos de tempo em contacto com a mucosa.

De forma a enfatizar a importância da alimentação, Bresalier e Kim (1998) apresentam os resultados de um estudo efectuado em 88751 mulheres, com idades compreendidas entre os 34 e os 59 anos, no qual verificaram que existe correlação significativa entre o consumo de gordura animal e o aumento do risco de desenvolver cancro do cólon. Verificaram ainda que a ingestão de carne vermelha em vez de carne de galinha e peixe estava fortemente associada ao aumento da incidência deste tipo de tumor. Achados similares apontaram para uma associação positiva entre o consumo de gorduras saturadas e carne vermelha com a incidência e a recorrência de adenomas colorectais, nas mulheres. Ainda relativamente a este estudo é de salientar a relação inversa

encontrada entre a actividade física e o risco de desenvolver CCR no homem, estando a obesidade relacionada com mais elevado risco.

Contudo, considera-se que existe ainda um longo caminho a percorrer relativamente a estes aspectos, sendo para tal necessário um maior investimento científico de forma a tornar mais evidente a importância do desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis, como forma primária de prevenção do CCR, tendo como principal objectivo a inversão dos números alarmantes de morbilidade e mortalidade que lhe estão associados.

Neste sentido, Bub e colaboradores (2003), referem que a alteração dos hábitos de vida pode prevenir o aparecimento do CCR. Dieta pobre em fibras, falta de exercício e o tabagismo têm estado relacionados com a etiologia do cancro do colon.

Dando continuidade a estes aspectos, Pinheiro e colaboradores (2003) referem que o aumento da incidência do CCR no sexo masculino (25%) e no sexo feminino (5%), em Portugal, no período entre 1988 e 1998, reflectiu essencialmente as alterações que se verificaram no estilo de vida, nomeadamente na dieta, resultantes das alterações sociais e económicas vividas pelos portugueses nos últimos 20 anos.

No que respeita aos factores genéticos há a salientar que a predisposição genética desempenha um importante papel no desenvolvimento de um substancial número de CCRs.

Jass (2002) refere que o CCR é actualmente considerado como uma doença genética. Isto implica a transformação de uma célula normal em maligna, sob o efeito de consecutivas alterações genéticas. Segundo o mesmo autor, o papel da genética é mais visível no que refere à polipose hereditária, sendo largamente aceite que a maioria dos CCRs se desenvolvem através da existência de um adenoma.

Winawer (1990, p.679) refere que *a predisposição hereditária para o cancro do cólon pode ser dividida em duas grandes categorias: o tipo polipose (polipose familiar, síndrome de Gardner, polipose juvenil, síndrome de Peutz-Jeghers e síndrome de Turcot) e os tipos não polipose (cancro colónico em locais*

específicos, síndromes familiares de cancro, síndrome de Lynch e síndrome de Muir).

O consumo de tabaco está também apontado como um dos factores causais do cancro, tendo em conta que os cigarros contêm substâncias consideradas carcinogénicas. Hawk e colaboradores (2002) referem o resultado de uma pesquisa efectuada a 22 estudos relativos ao aparecimento de adenomas e 27 estudos relativos ao aparecimento de cancro, estudos relacionados com o consumo de tabaco e concluiu que o risco de desenvolver CCR é consistentemente mais elevado entre indivíduos fumadores crónicos do que entre não fumadores. O mesmo autor refere ainda que os dados sugerem uma relação entre os maços de cigarros fumados por ano e o desenvolvimento de pólipos adenomatosos.

Zampino e colaboradores (2004) salientam que aproximadamente 20% dos cancros ocorridos no intestino grosso, em indivíduos do sexo masculino, estão associados ao consumo de tabaco.

A prevenção primária visa identificar os factores genéticos, ambientais e biológicos que podem interferir no desenvolvimento tumoral, alterando os seus potenciais efeitos. Contudo, a actuação dos profissionais no que concerne a estes factores não é suficiente para efectuar um despiste precoce do CCR, daí a importância da prevenção secundária, que se baseia na efectivação de exames médicos e de rotina, com o objectivo de identificar lesões pré-neoplásicas ou neoplásicas em estadio inicial, tratando-as e anulando o seu desenvolvimento (Bresalier & Kim, 1998).

Existe uma relação muito acentuada entre os adenomas do cólon e o cancro, daí estes serem apontados como um dos principais factores de risco do CCR. Jass (2002) refere que a proporção de CCRs que surgem a partir de pólipos adenomatosos anda à volta de 70%.

Assim, salienta-se que a epidemiologia dos carcinomas e adenomas do cólon é semelhante; os adenocarcinomas do cólon ocorrem na mesma distribuição anatómica que os adenomas do cólon; o risco para cancro colorectal é elevado em doentes com história prévia de adenomas, mas diminui quando os adenomas são removidos; à medida que os adenomas aumentam de tamanho, a frequência com que são detectadas células neoplásicas aumenta; tecido adenomatoso é por vezes encontrado no

tumor colorectal, ao exame histopatológico e, existe uma relação muito forte entre o cancro colorectal e os adenomas, nomeadamente nas síndromes hereditárias do cancro colorectal (Winawer, 1990, p.676/7).

Na opinião deste autor, cerca de 50% dos adenocarcinomas do cólon ocorrem nos 25 cm distais do intestino grosso. O cólon descendente distal e o sigmóide superior representam o local mais frequente do cancro cólico, bem como o cego e cólon ascendente. O cancro é muito menos frequente no cólon transverso.

1.5. RASTREIO E DIAGNÓSTICO

O tratamento do CCR está comprovadamente relacionado com a sua detecção precoce. Relativamente a este aspecto Guillem (2002) salienta que os avanços no campo da biologia molecular e genética conduziram a um maior conhecimento dos mecanismos de desenvolvimento do cancro, facto que contribuiu para um aumento exponencial do tratamento e sobrevivência dos doentes.

Tendo em conta as características do CCR, no que refere à sua evolução lenta e silenciosa, considera-se fundamental o despiste precoce da doença, nomeadamente numa fase ainda pré - cancerosa. Deste modo, torna-se relevante a existência de técnicas de rastreio e diagnóstico precoce, de forma a proporcionar ao doente um tratamento eficaz, com o mínimo de riscos físicos e psicológicos, para a sua saúde e bem-estar.

Com o objectivo de clarificar com mais rigor estes aspectos, considera-se fundamental esclarecer o que se entende por rastreio e diagnóstico. Assim, pode-se considerar o rastreio como a capacidade para procurar a doença antes do aparecimento de quaisquer sintomas ou sinais; e o diagnóstico, como a capacidade de usar os meios auxiliares de diagnóstico considerados adequados para esclarecer a presença de determinados sinais e sintomas (Curado, 2004).

Para definir os aspectos essenciais do rastreio, é fundamental haver um conhecimento prévio dos dados relativos à doença.

1.5.1. RASTREIO

Como anteriormente referido, o CCR é o cancro mais frequente em Portugal e o responsável pelo maior número de mortes por cancro. Dados relativos a 2001 quantificam 3178 mortos por cancro do cólon e recto em Portugal, tendo a mortalidade global por CCR, sofrido uma subida de 48%, no período entre 1991 e 2001 (Leitão, 2004).

Estes dados mostram bem a importância da realização de um rastreio efectivo e em massa à população em geral, tendo em conta o conhecimento existente de que 90% dos casos de CCR são precedidos por uma lesão benigna, denominada adenoma ou pólipos adenomatosos, cuja detecção e remoção é possível por via endoscópica (Cotter, 2004). Para além deste facto há a salientar que, apesar da elevada mortalidade e morbilidade por CCR, este é sem dúvida um dos cancros que oferece melhor possibilidade de detecção em fase pré-maligna, conferindo-lhe bom prognóstico quando diagnosticado precocemente (Veloso, 2004).

A prevenção do CCR é constituída por dois aspectos importantes. O primeiro correspondendo à prevenção primária, que visa essencialmente a correcção dos hábitos alimentares e dos estilos de vida, nomeadamente o combate à obesidade e ao sedentarismo; a abolição dos hábitos tabágicos e um aumento do consumo de dieta mediterrânica, caracterizada pela sua riqueza em fruta, vegetais, cereais integrais, lacticínios, azeite e peixe (Mendes, 2004).

O outro aspecto corresponde à prevenção secundária, que diz respeito ao rastreio da doença propriamente dito.

O rastreio tem como objectivo detectar e tratar o CCR em estadio precoce ou, o que é ainda mais importante, detectar o adenoma ou pólipos adenomatosos, responsável, no final da sua progressão, por 85 – 95% dos CCRs (Mendes, 2004).

Apesar de serem apontados alguns inconvenientes para os métodos de rastreio utilizados, Leitão (2002) refere que os benefícios potenciais do rastreio são muito superiores aos inconvenientes e acresce ainda um melhor prognóstico para o tratamento da doença, quando ela é evidenciada pelo rastreio, do que quando o seu conhecimento resulta de uma atitude de diagnóstico.

1.5.1.1. MÉTODOS DE RASTREIO

O rastreio do cancro colorectal prevê que se efectuem testes a indivíduos assintomáticos, como forma de despistar a presença de pólipos adenomatosos pré-malignos ou cancro colorectal num estadio inicial (Trowbridge & Burt, 2002).

A selecção dos métodos de rastreio é, de um modo geral, ajustada em função do risco que cada indivíduo tem para desenvolver CCR. Deste modo, deve estar sempre presente o facto de que *90% dos cancros colorectais surgem acima dos 50 anos de idade; para além da idade, a história familiar de adenomas e/ou cancro colorectal, é o factor de risco mais comum para este cancro* (Leitão, 2002, p.105). O mesmo autor salienta ainda que, *de acordo com o risco evidenciado pela idade e história familiar, é possível estratificar a população em diferentes grupos, quanto à probabilidade de desenvolvimento de cancro colorectal*.

Assim, pode referir-se:

- *População de risco padrão: pessoas com idade igual ou superior a 50 anos, que não têm qualquer outro factor de risco para cancro colorectal (história pessoal ou familiar);*
- *População de risco aumentado: história familiar positiva para cancro colorectal ou adenomas do cólon e recto, sendo esta população subdividida em:*
 - o *Com 2 parentes de 1º grau, ou 1 parente de 1º grau com idade inferior a 50 anos – risco 3 a 4 vezes superior ao da população padrão;*
 - o *Com um parente de 1º grau de idade superior a 50 anos, ou 2 parentes de 2º grau, ou 1 parente de 1º grau com adenoma e idade inferior a 60 anos – risco 2 a 3 vezes superior ao da população com risco padrão* (Leitão, 2002, p.106).

De forma a enfatizar a importância de efectuar um rastreio atempado, salienta-se ainda a opinião de Winawer e colaboradores (2003) os quais referem que homens e mulheres com risco médio para o desenvolvimento de CCR deverão efectuar rastreio para cancro colorectal e presença de pólipos adenomatosos, a partir dos 50 anos.

Tendo em conta a diversidade de métodos de rastreio existentes, considera-se importante que o doente tenha uma participação activa na eleição do método a utilizar, sendo esta uma das formas mais eficazes de envolver o

doente em todo o processo, aumentando a sua adesão aos cuidados e tratamentos que possam ser necessários.

Contudo, se os resultados apresentarem alterações, o doente deve ser aconselhado a efectuar uma pesquisa completa do cólon e recto, através de colonoscopia (Winawer et al., 2003).

1.5.1.1.1. PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES

Apesar da sensibilidade deste teste apresentar valores baixos (30% a 50%) para a detecção do CCR, quando realizada anualmente e com rehidratação das amostras de fezes, este teste pode reduzir significativamente a mortalidade por este tipo de cancro (Winawer et al., 2003; Leitão, 2002).

Como limitação pode-se apontar a muito baixa sensibilidade para detectar adenomas e a ocorrência de falsos positivos, que varia entre 2% e 4% sem rehidratação e entre 8% e 16% com rehidratação (Leitão, 2002).

Trowbridge e Burt (2002) referem que três estudos prospectivos controlados mostraram recentemente que a pesquisa de sangue oculto nas fezes, quando acompanhada de um seguimento adequado do diagnóstico e do tratamento, pode diminuir a mortalidade por CCR de 15 a 33%. O mesmo autor salienta ainda que dois estudos efectuados mostraram uma redução da mortalidade por cancro colorectal de 31 a 57% se o exame for efectuado anualmente e uma redução de 21% se este for efectuado de 2 em 2 anos. Este exame deverá ser efectuado em 3 colheitas de fezes consecutivas.

Ainda relativamente a este teste, Zampino e colaboradores (2004) referem que 3 estudos randomizados mostraram uma redução da mortalidade por CCR de mais de 20%, desde que efectuado bianualmente. O mesmo autor refere também que a sensibilidade do teste é de aproximadamente 50% para o CCR, sendo mais baixa para a detecção de pólipos (10%).

Zampino e colaboradores (2004) salientam ainda as recomendações para a União Europeia, emanadas pelo Advisory Committee on Cancer Prevention, o qual sugeriu que na implementação de programas de rastreio do CCR deve ser utilizado este teste, que deverá ser sugerido a todos os indivíduos, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 50 e os 74 anos de idade e com uma periodicidade de 1 a 2 anos. Este comité realça ainda o facto de a colonoscopia dever ser usada apenas no seguimento dos casos positivos.

1.5.1.1.2. RECTOSIGMOIDOSCOPIA

Este exame, que nos permite visualizar directamente o colon distal, apresenta uma maior sensibilidade e especificidade que a pesquisa de sangue oculto, para a detecção de pólipos e CCR (Trowbridge & Burt, 2002).

Embora a sua eficácia não esteja ainda comprovada, Leitão (2002, p.107) aponta a existência de 3 estudos caso-controlo, *os quais revelaram uma diminuição da mortalidade por cancro colorectal, entre 59% e 80%, na área observada (recto e sigmóideia).*

O intervalo de tempo no qual este exame deve ser repetido permanece por definir, contudo existem recomendações no sentido de que este deve ser efectuado de 5 em 5 anos (Trowbridge & Burt, 2002; Leitão, 2004).

Existe ainda a possibilidade de efeitos adversos, nomeadamente a perfuração do cólon, cuja ocorrência se situa numa proporção de 1 para cada 25.000 exames (Leitão, 2004).

1.5.1.1.3. COMBINAÇÃO DE PESQUISA DE SANGUE OCULTO E RECTOSIGMOIDOSCOPIA

A bibliografia consultada aponta para as vantagens da complementaridade entre estes dois exames, na detecção do cancro colorectal (Trowbridge & Burt, 2002; Leitão, 2004).

É de salientar que, quando estes dois métodos diagnósticos são utilizados conjuntamente, a pesquisa de sangue oculto nas fezes deve efectuar-se primeiro, tendo em conta que uma pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva tem indicação para efectivação de colonoscopia, evitando-se deste modo efectuar uma sigmoidoscopia desnecessária (Winawer et al., 2003).

Trowbridge e Burt (2002) referem que um estudo envolvendo 2885 doentes, que tinham já efectuado anteriormente uma fibroscopia e pesquisa de sangue oculto, mostrou que a combinação entre a Rectosigmoidoscopia e a pesquisa de sangue oculto detectaram 76% do total de neoplasias avançadas do cólon distal, numa população de risco acrescido. Por sua vez, o uso apenas da sigmoidoscopia detectou 70% das neoplasias. Salienta-se, contudo, que os 2 exames em complementaridade falharam a detecção de 24% de neoplasias do cólon avançadas.

Por sua vez, Winawer e colaboradores (2003) refere que um estudo controlado não randomizado apontou uma percentagem de 43% na redução do número de mortes por CCR, em indivíduos rastreados com ambos os métodos, quando comparados com indivíduos rastreados apenas com sigmoidoscopia. O mesmo autor salienta ainda que um estudo recente mostrou que enquanto a sigmoidoscopia identificava 70% dos doentes com neoplasia avançada, a combinação desta com uma pesquisa de sangue oculto nas fezes aumentou a detecção para 76%.

1.5.1.1.4. COLONOSCOPIA

A colonoscopia é considerada a técnica mais efectiva de rastreio para a detecção do CCR, quando este se encontra numa fase inicial. Apresenta, em média, uma sensibilidade de aproximadamente 95%. Existem, contudo, alguns estudos retrospectivos que registaram um aumento desta sensibilidade para 97% se a colonoscopia for efectuada por um gastroenterologista experiente, ou uma diminuição da mesma para 87%, se a técnica não for efectuada por um gastroenterologista (Trowbridge & Burt, 2002).

A colonoscopia, para além de permitir uma visualização mais completa de todo o intestino grosso, permite ainda detectar e remover os pólipos encontrados e efectuar biópsias dos possíveis achados, quando necessário (Winawer et al., 2003).

Leitão (2004, p.6), baseando-se nos dados do National Polyp Study Group, refere que *a vigilância periódica, efectuada através da colonoscopia, em doentes com adenomas prévios do cólon e recto, determina uma redução da incidência de cancro colorectal entre 76% a 90% não tendo nenhum dos doentes falecido em consequência deste tipo de cancro.*

Um dos aspectos mais importantes da efectivação da colonoscopia prende-se com o facto de se verificarem muitos pólipos isoladamente no cólon direito, zona que não é possível observar através de sigmoidoscopia ou outros meios de rastreio (Winawer et al., 2003; Trowbridge & Burt, 2002). Sobre este aspecto Zampino e colaboradores (2004) salientam que existe uma elevada incidência de lesões proximais avançadas (adenomas de risco e cancro colorectal) em doentes com sigmoidoscopias negativas.

A colonoscopia deve ser considerada em doentes com risco aumentado de desenvolvimento da doença, por terem sido anteriormente tratados por cancro colorectal, lhes terem sido diagnosticados pólipos adenomatosos, ou, ainda, por sofrerem de alguma doença que os predisponha para o CCR, tais como as doenças inflamatórias do intestino (Winawer et al., 2003).

Sendo a técnica de rastreio mais eficaz, é também a técnica que tem maior risco. Leitão (2004, p.7) refere que *é importante considerar os riscos associados à sedação e às complicações específicas da técnica, que incluem 0,05% de perfuração e 0,15% de hemorragia; a morte é rara calculando-se em 1/30.000 ou 40.000.*

1.5.1.1.5. CLISTER OPACO

O clister opaco é um dos métodos de rastreio utilizado. Contudo, Lieberman (2006) salienta que este método identifica menos de 50% de doentes com pólipos ou lesões superiores a 10mm, o que o torna pouco fiável.

Não existem quaisquer estudos sobre o impacto do clister opaco no rastreio do CCR, nem na redução da sua incidência ou mortalidade (Leitão, 2004; Winawer et al., 2003).

O clister opaco tem como inconvenientes o facto de não permitir a detecção de pólipos com diâmetro inferior a 5mm nem a remoção dos mesmos, para além de não efectuar biópsias (Hawthorn, 2000).

Winawer e colaboradores (2003) salientam que sempre que um doente apresenta um clister opaco anormal é necessário efectuar uma colonoscopia à posteriori, de modo a confirmar a presença de alterações. Num estudo prospectivo realizado pelos autores, constatou-se que o clister opaco detectou 53% de pólipos adenomatosos com 6 – 10 mm de tamanho e 48% dos pólipos com tamanho superior a 1 cm, quando comparado com a colonoscopia. Salientam também outro estudo não randomizado efectuado em 2193 casos de CCR, em prática comunitária no qual foi encontrada uma sensibilidade para cancro de 85% com clister opaco e 95% com colonoscopia.

1.5.2. DIAGNÓSTICO

O CCR impõe, ao doente e família, um desgaste físico e emocional bastante significativo, tendo em conta a morbilidade e mortalidade que apresenta. Este facto conduz a efectivas tentativas de reduzir a sua taxa de mortalidade, quer através da detecção precoce, quer através de uma contínua busca de novos procedimentos terapêuticos.

A capacidade de despiste precoce da doença, conduzindo a uma mudança no seu percurso, exige um conhecimento da sua história natural, assim como das populações de risco, sendo estes aspectos fundamentais para uma melhor definição das estratégias a utilizar (Solomon & McLeod, 1993).

Após a utilização dos métodos de rastreio adequados e sempre que estes encontrem algum achado significativo, a colonoscopia apresenta-se como a mais importante arma na efectivação do diagnóstico precoce. Winawer e colaboradores (2003) referem que a colonoscopia é o teste de eleição para a investigação diagnóstica em doentes com achados no rastreio oportunista, bem como em doentes com história familiar de CCR hereditário não poliposo.

O CCR, num estado inicial, não apresenta sintomas ou, se os apresenta, são inespecíficos: alteração dos hábitos intestinais, desconforto abdominal generalizado, perda de peso sem causa aparente e cansaço constante. Por este motivo é essencial um esforço acrescido na implementação de métodos de rastreio alargados a toda a população (Zampino et al., 2004).

O prognóstico do doente com CCR depende directamente do estadio em que a doença se encontra no momento do diagnóstico. Daí a importância dada ao diagnóstico precoce.

Parker e colaboradores citados por Hawthorn (2000, p.16), referem que no momento do diagnóstico:

- *37% dos carcinomas colorectais está localizado;*
- *37% têm localização regional;*
- *19% têm disseminação à distancia.*

Sendo a taxa de sobrevivência aos 5 anos de:

- *92% para o cancro localizado;*
- *64% para a existência de doença locorregional;*
- *8% para a existência de doença à distancia.*

A observação destes dados reflecte, de forma inquestionável, a importância do diagnóstico precoce.

1.5.2.1. AVANÇOS NO DIAGNÓSTICO DO CANCRO COLORECTAL

Relativamente à evolução verificada nos meios diagnósticos é de salientar a introdução progressiva da Tomografia de Emissão de Positrões (PET), como método de detecção de recidivas do CCR.

O PET é uma técnica isotópica capaz de detectar lesões metastáticas em múltiplas localizações, inclusivé com técnicas de imagem convencionais negativas e de diferenciar entre recorrência local e alterações pós-cirúrgicas (Sastre et al., 2002, p.194).

1.6. QUADRO CLÍNICO

Os adenocarcinomas do cólon e recto desenvolvem-se de forma lenta e silenciosa, podendo demorar cinco anos até surgirem os primeiros sintomas. *Estes dependem de vários factores incluindo a localização anatómica da lesão, o seu tamanho e extensão, e a presença de complicações, tais como, obstrução, hemorragia e perfuração (Schwartz, 1979, p.1217).*

Devido à frequência de ulceração e hemorragia do tumor, a pesquisa de sangue oculto nas fezes é uma excelente técnica para vigilância e proporciona um diagnóstico mais precoce, com maior oportunidade de cura (Winawer, 1990, 679).

O mesmo autor salienta ainda que os sintomas gerais de malignidade (fraqueza, mal-estar, anorexia, perda ponderal) são frequentes nas doenças avançadas, mas inespecíficos.

O crescimento tumoral provoca, de modo geral, desconforto abdominal, sendo comum a palpação de um tumor abdominal. Tendo em conta o diâmetro do cólon ascendente e do cego é rara a ocorrência de oclusão intestinal. Verifica-se frequentemente a presença de dor e desconforto persistente no quadrante inferior direito, assim como sintomas de anemia (Leitão, 2004). Quanto ao cólon descendente e ao sigmóide, visto apresentarem um lúmen menor, é comum a ocorrência de oclusão. Nestas circunstâncias, o doente refere dor abdominal, que se agrava após as refeições e alterações dos seus hábitos intestinais (Bresalier & Kim, 1998). Destas alterações salientam-se a alternância entre a obstipação e a

diarreia, o tenesmo e a presença de anemia. Sangue e muco nas fezes são achados frequentes.

De uma forma geral, *os sintomas do cancro colorectal são os sintomas de uma qualquer patologia benigna do intestino, como por exemplo, dor abdominal, perdas hemáticas, alteração do calibre das fezes, etc. Uma parte dos tumores são detectados antes do aparecimento de qualquer sintomatologia, no decurso de exames de rotina.*

Em estadios avançados da doença ocorrem sintomas graves, tais como, perda de peso, caquexia, icterícia e hepatomegália (Schwartz, 1979, p.1217).

1.7. CLASSIFICAÇÃO TUMORAL

A classificação tumoral surge pela necessidade de uniformizar a linguagem a nível da medicina, como forma de se estabelecerem padrões de actuação, relativamente às várias formas de tratamento. Este facto apresenta enorme relevância, tendo em conta que o prognóstico varia significativamente, consoante o tamanho do tumor e a sua disseminação para órgãos vizinhos, variando também a abordagem terapêutica.

A classificação consiste também numa forma de comunicação clínica, com importância, não só no estabelecimento de padrões de actuação, mas também na pesquisa, de modo a poderem agrupar-se os vários tumores por classes, tornando deste modo possível o seu estudo.

Bub e colaboradores (2003) referem que o estadio tumoral está baseado em 3 critérios:

- **A penetração parietal do tumor**, que corresponde ao T, no quadro que se segue, e que nos indica o quanto o tumor invadiu o interior da parede intestinal. Quanto menor for o número que se encontra associado ao T, menor é a invasão tumoral. Assim, T0 corresponde a uma lesão inicial, com alterações anormais apenas na mucosa, enquanto que o T4 corresponde a uma lesão que já invadiu, para além da parede intestinal, outros órgãos adjacentes.
- **A evidência da sua extensão ao nível dos gânglios linfáticos**, representada pelo N no quadro. Deste modo, N0 significa que

não existe invasão tumoral ao nível dos gânglios linfáticos. Nx significa que o número de gânglios linfáticos atingidos é desconhecido.

- **A presença ou ausência de metastases**, à qual corresponde o M.

Quadro 1.1. Estádios do cancro colorectal, segundo a classificação TNM.

T	N	M
0. Tumor isolado na mucosa	0. Sem evidência de disseminação nos gânglios linfáticos	0. Sem evidência para metastases à distância
1. Atinge a submucosa, mas não a atravessa	1. Disseminação para de 1 a 3 gânglios linfáticos	1. Metastases à distância evidentes
2. Atinge a camada muscular, mas não a atravessa	2. Disseminação para mais de 3 gânglios linfáticos	+. Metastases à distância desconhecidas
3. Ultrapassa a camada muscular e atinge os tecidos circundantes	+. Disseminação dos gânglios linfáticos desconhecida	
4. Atinge os órgãos adjacentes		

Fonte: Bub et al., (2003). *Colorectal Cancer*. Massachusetts, Jones and Bartlett Publishers, p. 59.

Esta classificação denominada TNM, serve de base ao quadro seguinte, a qual corresponde à determinação do estadio de desenvolvimento em que o tumor se encontra, tendo como ponto de referência a classificação apresentada no quadro anterior.

Quadro 1.2. Estadiamento dos tumores

Estádio	T	N	M
Estadio I	1,2	0	0
Estadio II	3,4	0	0
Estadio III	Qualquer	1,2	0
Estadio IV	Qualquer	Qualquer	1

Fonte: Bub et al., (2003). *Colorectal Cancer*. Massachusetts, Jones and Bartlett Publishers, p. 59.

O estadiamento do tumor constitui o principal factor determinante do plano terapêutico a seguir. Bub e colaboradores (2003) referem que os cancros do colon no estadio I são usualmente tratados apenas com cirurgia, enquanto que os tumores de estadio III são, de modo geral, tratados com cirurgia e quimioterapia.

1.8. PROGNÓSTICO

O prognóstico do CCR está claramente relacionado com o grau de penetração do tumor na parede do intestino, o envolvimento ou não dos ganglios linfáticos e a presença ou ausência de metástases sistémicas.

O cancro do recto é de um modo geral curável, quando se encontra confinado às paredes do intestino. Nestas circunstâncias a excisão radical do tumor é a técnica cirurgica de primeira opção e a percentagem de cura é de aproximadamente 50% (Zampino et al, 2004).

A recorrência do CCR pode verificar-se local, regionalmente ou em órgãos distantes. Murphy (2000, p.144) refere que *a extensão do tumor a órgãos distantes tem um impacto directo no prognóstico e na sobrevida do doente*.

Assim, importa salientar que o seu prognóstico depende essencialmente do estadio de desenvolvimento em que a doença se encontra. Deste modo, cancro confinado à mucosa, 80 a 90% de sobrevida após 10 anos; cancro que se estende através de todas as áreas da parede intestinal, 60 a 80%, e cancro envolvendo linfonodos regionais, 30 a 40%. Os cancros rectais em que existe já metastização a nível dos linfonodos, especialmente quando situados numa posição baixa, apresentam uma sobrevida após 10 anos, menor do que os

cançros colónicos em que se verifica, de igual modo, envolvimento linfonodal (Winawer, 1990).

Murphy (2000, p.144) refere ainda que *os tumores rectais continuam a ser associados a maus prognósticos, especialmente aqueles localizados perto do terço inferior do recto. O total da taxa de sobrevida aos cinco anos relativamente a todos os estadios é de 40%*. Por sua vez, Trowbridge e Burt (2002) referem que em termos gerais, a sobrevivência aos cinco anos é de aproximadamente 62%. Porém esta sobrevivência, em doentes nos quais a doença se encontra localizada no momento do diagnóstico, é de 94% aos cinco anos. O mesmo autor refere ainda que infelizmente apenas 35% dos doentes diagnosticados se encontram neste estadio, 38% dos doentes são diagnosticados com doença regional e 20 a 25% dos doentes são diagnosticados com doença metastática.

Para além do estadio da doença, o prognóstico varia ainda consoante alguns factores, que podem estar relacionados com o doente ou com a doença em si. Assim, e como factores relacionados com o doente, Zampino e colaboradores (2004) salientam os seguintes:

- A idade: só por si, não é um factor preditivo da resposta tumoral ao tratamento;
- O sexo: por sua vez, tem impacto no prognóstico geral do doente com cancro, sendo que a mulher tem um tempo de sobrevivência média superior ao dos homens. Contudo, este critério não é um factor preditivo de resposta ao tratamento.
- O estado funcional do doente: influencia fortemente o resultado do tratamento.
- Presença de sintomas relacionados com o tumor: os doentes assintomáticos vivem mais tempo e respondem com maior frequência à quimioterapia, do que os doentes sintomáticos.

Zampino e colaboradores (2004) salientam ainda alguns factores, relacionados com a doença:

- A extensão do tumor: correlaciona-se com a probabilidade de resposta e de sobrevivência. A extensão da doença pode ser avaliada em termos do número de locais metastizados, número de lesões em cada local metastizado ou através da percentagem de fígado afectado.

- O tipo histológico do tumor: correlata com a sobrevivência geral do doente, mas os dados são insuficientes para concluir que este facto se deve à resposta do organismo face à quimioterapia.
- Doseamento dos níveis plasmáticos do CEA (antigénio carcinoembrionário): o doseamento deste marcador tumoral parece ser útil na detecção precoce e subsequente ressecção de metástases hepáticas, o que resulta num potencial ganho em termos de sobrevivência. Contudo, ainda não existem estudos randomizados que comprovem a influência deste doseamento na sobrevida dos doentes.

Baseado no que foi exposto considera-se que o prognóstico do doente é influenciado por um conjunto variado de factores, internos e externos, pelo que é extremamente difícil defini-lo de forma fidedigna. Para além deste aspecto verificou-se também que não existe uniformidade quanto aos valores da taxa de sobrevivência encontrados.

1.9. TRATAMENTO

O tratamento do CCR depende do estadio de desenvolvimento em que este se situa no momento do diagnóstico. Contudo, inclui, de modo geral, cirurgia, quimioterapia, radioterapia, terapia de modalidade combinada (quimioterapia em associação com radioterapia) e terapia de suporte (Hawthorn, 2000).

A quimioterapia é uma modalidade de tratamento sistémico. A radioterapia e a Cirurgia são modalidades de tratamento local ou loco-regional.

A quimioterapia e a radioterapia associadas são consideradas no tratamento neoadjuvante do cancro do recto T3, T4 e/ou N+, permitindo aumentar a taxa de ressecabilidade, a taxa de cirurgia conservadora de esfíncter, aumentando, assim, a sobrevida dos doentes.

A excisão transanal, associada ou não a radioterapia, pode ser uma opção nos tumores distais do recto T1 e T2, nos tumores benignos ou como terapêutica paliativa em doentes de elevado risco cirúrgico. Apresenta algumas vantagens, das quais salientamos, a possibilidade de evitar a formação de uma colostomia, com o consequente aumento da qualidade de vida do doente, a diminuição da morbilidade e mortalidade associada a cirurgia pélvica radical e, em particular, o evitar da disfunção urinária e sexual (Moore & Guillem, 2002).

Se o tumor se encontra num estadio inicial, a cirurgia é utilizada com função curativa. No entanto, nos estadios mais avançados, a cirurgia tem frequentemente uma finalidade paliativa, ou seja, evitar possíveis complicações, tais como, obstrução do intestino grosso, hemorragias ou perfuração do tumor (Hawthorn, 2000).

A terapêutica adjuvante do CCR consiste na realização de quimioterapia nos casos de tumores T4 e /ou N+, ou nos tumores T3 com maus factores de prognóstico: tumores operados em oclusão, indiferenciados ou com invasões linfáticas, venosas ou perineurais. A radioterapia adjuvante é reservada para os casos de tumores do recto submetidos a ressecção incompleta ou com margens cirúrgicas positivas.

1.9.1. CIRURGIA DO CANCRO COLORECTAL

A existência de pólipos ou adenomas no colon requer a sua remoção atempada, tendo em conta que este gesto promove, na grande maioria dos casos, a prevenção da sua malignização. Esta remoção é, regra geral, efectuada através de colonoscopia ou via transanal, se a sua localização é baixa. Contudo, sempre que estamos em presença de pólipos malignos, a escolha da abordagem cirúrgica a utilizar depende da invasão tecidular existente. Ota e colaboradores (2002) referem que os procedimentos cirúrgicos *standard*, quando em presença de cancro do recto, requerem a remoção do recto e do mesorecto, envolvendo os gânglios linfáticos regionais. Estes procedimentos incluem várias abordagens, tais como, ressecção anterior com ou sem anastomose e a ressecção abdominoperineal.

Do ponto de vista cirúrgico, admite-se que o recto se divide em 3 regiões, superior, média e inferior, apresentando cada uma, uma dimensão de aproximadamente 5 cm (Zampino et al., 2004). A abordagem cirúrgica perante o cancro rectal depende da localização da lesão. Na opinião deste autor, para lesões do rectosigmóide e do terço superior do recto a técnica cirúrgica corrente é a ressecção anterior baixa, efectuada através de incisão abdominal e anastomose dos dois topos intestinais. Para lesões dos terços médio e baixo do recto, a ressecção com preservação do esfíncter constitui um desafio, sendo a técnica de eleição a excisão mesorectal total.

Ainda no que concerne à técnica cirúrgica, Winawer (1990, p.681) refere que, de forma geral, *os cancros do cólon direito e esquerdo são tratados por hemicolectomia; o cancro do sigmóide e do recto devem apresentar uma margem distal de ressecção não inferior a 2 cm. As lesões a menos de 4 cm do limite anal geralmente são tratadas por uma ressecção abdominoperineal, ou abordáveis por via transanal, se lesões precoces.*

Também Zampino e colaboradores (2004), referem que em cerca de 5 a 10% dos tumores do terço médio e em cerca de 30 a 40% dos tumores localizados no terço inferior, a incapacidade para obter uma margem distal adequada, a presença de um tumor volumoso profundamente infiltrado na pélvis, uma extensa propagação local do tumor e uma má diferenciação do mesmo, são as principais razões da necessidade de efectuar uma ressecção abdominoperineal, com consequente recurso à formação de uma colostomia definitiva.

O tipo de técnica cirurgia a eleger depende, assim, do tipo de tumor e da sua extensão, contudo, e de modo geral, esta implica a extirpação cirúrgica de um fragmento do cólon, dos vasos sanguíneos que o irrigam, dos gânglios linfáticos, incluindo os gânglios linfáticos regionais, que drenam essa parte do cólon e o mesentério local (Hawthorn, 2000). A cirurgia requer ainda a extirpação de uma determinada porção de tecido normal em redor do tumor, para assegurar que todas as células malignas são removidas.

A cirurgia por CCR apresenta, de modo geral, duas funções específicas. Assim, a cirurgia pode ter como finalidade o tratamento do tumor, ou seja a sua remoção, e a sua finalidade é curativa; ou pode ser realizada com o objectivo de restaurar a eliminação intestinal, quando o tumor provoca a oclusão do lúmen intestinal, tendo a cirurgia, neste caso uma função paliativa.

A cirurgia paliativa é a mais utilizada quando estamos em presença de um tumor obstrutivo, sendo de salientar que um elevado número (7 - 29%) dos cancros colorectais provocam obstrução do intestino grosso. A maioria destas obstruções ocorre no cólon descendente, no qual as fezes são sólidas e o lúmen do intestino, pequeno (Hawthorn, 2000, p.32). Este tipo de cancro requer cirurgia imediata.

Segundo este autor, os doentes com cancro obstrutivo apresentam pior prognóstico e uma mortalidade e morbilidade operatórias mais elevadas. Esta situação pode dever-se, em parte, a um pior estado físico, já que os tumores

obstrutivos podem produzir desidratação, dificuldades respiratórias e danos no cólon, por isquémia.

Sempre que possível, a técnica cirúrgica utilizada é aquela em que há conservação do esfíncter, de modo a manter a continência fecal. Contudo, quando em presença de um tumor rectal de grandes dimensões, em que não é possível obter uma margem suficiente para proceder à remoção do tumor e efectuar uma anastomose dos dois topos intestinais, é obrigatório o recurso a ressecção abdominoperineal do recto. No entanto, a utilização recente de radioterapia e quimioterapia no pré-operatório, com o objectivo de incrementar a diminuição do tumor, veio reduzir significativamente a necessidade de formação de uma colostomia definitiva.

Ota e colaboradores (2002) referem que existem inúmeras razões para ter em consideração o tratamento quimioterápico e radioterápico pré-operatório do CCR, salientando o facto de esta terapia reduzir, para além da massa tumoral, a taxa de positividade para células neoplásicas, das margens tumorais, o que por sua vez diminui a necessidade de efectuar uma cirurgia abdominoperineal.

Neste sentido, Kapiteijn e Van de Velde (2002) referem que não há qualquer dúvida de que o tratamento neoadjuvante contribui fortemente, não só para um melhor prognóstico quanto à recorrência local, mas também para uma maior sobrevivência, em termos globais.

Existem, contudo, situações nas quais a cirurgia com remoção do esfínter é o único recurso possível, nomeadamente quando o tumor se apresenta muito extenso, sendo necessário extirpar uma grande porção de tecido circundante, incluindo o esfíncter anal, resultando daí a necessidade de formação de uma ostomia, sendo a ressecção abdominoperineal a técnica cirúrgica utilizada. A necessidade ou não de colostomia definitiva depende essencialmente da localização do tumor, sendo contudo esta decisão algo controversa, já que não existe uma localização bem delimitada. Assim, existem autores que defendem que quando o tumor se encontra a 5 cm da margem anal, deve ser efectuada uma ressecção abdominoperineal, havendo outros autores que defendem que só se deve recorrer a esta técnica cirúrgica quando o tumor dista 2 a 3 cm da margem anal (Ortiz et al., 1994a).

Apesar desta inconformidade face à decisão cirúrgica, observada na literatura consultada, relativa aos diversos autores, considera-se que a preocupação com o bem-estar do doente e a sua qualidade de vida é unânime e relevante, sentindo-se a preservação do esfíncter como um esforço constante da medicina, tendo em conta as graves limitações que uma ostomia impõe. A confirmar este facto, Anthony e colaboradores (2001) referem que resultados de vários estudos apontam para uma diminuição da qualidade de vida dos doentes que são submetidos a cirurgia com ablação do esfíncter.

1.9.1.1. COLOSTOMIAS

A palavra ostomia deriva do grego “stoma” e significa “boca” ou abertura. Assim, pode referir-se que uma colostomia é a exteriorização do cólon através da parede abdominal, construída a partir do revestimento mucoso do intestino, com o objectivo de criar uma saída artificial para o conteúdo fecal (Cotrim, 1998).

Existem referências a orifícios intestinais desde a Antiguidade, nomeadamente secundárias a feridas traumáticas (Pons, 1999). Contudo, e relativamente às ostomias propriamente ditas, o primeiro relato surge em 1710, idealizado por Alex Littré, o qual apenas idealizou a técnica cirúrgica, não a tendo contudo efectuado (Santos & Cesaretti, 2001).

Pons (1999) refere ainda que a primeira descrição cirúrgica da realização de uma ostomia surge no ano de 1776, por Pillore, a qual é descrita na sequência de uma oclusão intestinal por tumor do recto.

A partir desta altura foram frequentes as tentativas efectuadas para solucionar as diferentes situações surgidas relativas a problemas intestinais, nomeadamente as situações de ânus imperfurado, em recém-nascidos.

Esta situação arrastou-se até 1930, altura em que McBurney exteriorizou a ileostomia separadamente da incisão cirúrgica principal, abrindo espaço a soluções mais promissoras, nomeadamente ao nível da manipulação da ostomia pelo próprio doente. Foi, contudo, a década de 1950 que mais marcou o desenvolvimento das ostomias, não só no que diz respeito à técnica mas também em relação aos equipamentos. Também as referências aos cuidados ao estoma surgiram tardiamente, sendo a primeira publicação referente ao tema *Cuidados a Ostomizados* feita em 1930 por Du Bois, no American Journal of Nursing. A década de 1950 foi ainda um marco de referência para a valorização dos

cuidados aos ostomizados, tendo em conta que foi nesta altura que surgiram as primeiras Associações de Ostomizados (Santos & Cesaretti, 2001).

Apesar dos esforços desenvolvidos ao longo dos tempos pelos cirurgiões de forma a colmatarem a maioria das alterações patológicas intestinais, de modo a evitarem a criação de uma colostomia, existem situações em que esta constitui a única solução possível. Nestas circunstâncias é indispensável executá-la de modo a permitir um bom funcionamento, que cause o mínimo de inconvenientes ao doente e que favoreça uma rápida reinserção na sua vida sociolaboral normal (Sorigué, 1999). Como forma de dar cumprimento a estes objectivos é necessário ter em conta a execução de uma correcta marcação do estoma, a escolha correcta da técnica cirúrgica e a vigilância de complicações, tanto imediatas como tardias.

O tratamento cirúrgico do CCR não implica necessariamente a formação de uma colostomia, caso exista margem suficiente de ressecção e seja possível proceder à anastomose. O recurso a colostomia verifica-se mais comumente nos tumores do recto, quando estes se situam no seu terço inferior. Nestas situações, a formação da colostomia ocorre, não só pela necessidade de remover completamente todo o tecido tumoral, como também pela impossibilidade de proceder à anastomose dos dois topos intestinais, devido à sua baixa localização.

Ragué & Sáenz (1994, p.57) referem que alguns dos factores que podem influir no tratamento cirúrgico do cancro do recto são *a sua localização, tamanho, configuração, diferenciação celular, o sexo -pois define a anatomia pélvica-, os possíveis métodos de reconstrução do trânsito intestinal, a extensão de recto livre de tumor após a ressecção radical e a intenção curativa ou paliativa da intervenção.*

1.9.1.1.1. CLASSIFICAÇÃO DAS COLOSTOMIAS

A classificação das colostomias tem como fundamento o objectivo por que são efectuadas. Assim, se se realiza devido a ressecção do esfíncter anal e recto, de modo geral provocada por neoplasia, verifica-se a formação de uma colostomia definitiva ou permanente.

Se o objectivo da formação da colostomia deriva da necessidade de criar temporariamente uma abertura artificial que permita a saída das fezes, sendo

esta requerida, de modo geral, tendo em conta o tratamento de determinadas patologias, ou como forma de prevenir a ocorrência de determinadas complicações após cirurgias de grande complexidade, a colostomia é temporária.

Colostomias definitivas

Ortiz e colaboradores (1994b) referem que as colostomias definitivas se realizam, de modo geral, devido à necessidade de remover cirurgicamente o recto e o esfíncter anal, sendo os carcinomas do terço inferior do recto e do canal anal, aqueles em que este tipo de colostomia ocorre mais frequentemente. Pode ainda ocorrer em consequência da doença de Crohn com atingimento rectal, embora esta situação se verifique raramente.

Pode ainda ser necessária a realização de uma colostomia definitiva em neoplasias extensas ou em que o estado geral do doente seja mau, mesmo sem efectuar ressecção do recto e esfíncter anal.

Existem ainda outras situações em que se pode verificar a necessidade de formar uma colostomia definitiva, mas estas não são abordadas no âmbito deste trabalho, por não fazerem parte do objecto de estudo.

Nos últimos anos tem-se observado uma diminuição da incidência das colostomias definitivas nas neoplasias do recto, por duas razões: por se ter comprovado que a ressecção anterior do recto oferece aos doentes as mesmas oportunidades de cura que a ressecção abdominoperineal, e pela existência de equipamento mais sofisticado de sutura, que permitiu aumentar o número de doentes nos quais foi possível conservar o esfíncter, com uma frequência que varia entre os 50% (antes do aparecimento deste equipamento) e os 70%, após a sua existência (Ortiz et al., 1994b).

No que concerne à idade mais frequente da ocorrência das colostomias, Catalgo e MacKeigan (2004) salientam que as colostomias definitivas ocorrem, de modo geral, entre os sessenta e os setenta anos de idade, sendo a causa mais frequente o cancro do recto, como já foi anteriormente referido. Em relação ao sexo, a diferença é pouco significativa, existindo um ligeiro predomínio no sexo masculino, numa proporção de 3:2.

Relativamente à sua localização, realizam-se no cólon esquerdo, sigmóideo ou descendente, pelo que a sua exteriorização ocorre no quadrante inferior

esquerdo do abdómen, a nível da fossa ilíaca esquerda, sendo a zona escolhida antes da cirurgia e, idealmente, de acordo com a vontade do doente.

Colostomias Temporárias

As colostomias temporárias realizam-se com o objectivo de resolver a fase aguda de algumas patologias, em cirurgia de urgência e para evitar a ocorrência de complicações em algumas situações cirúrgicas. A sua finalidade é fazer derivar o trânsito intestinal, de forma a manter a zona operada sem contaminação fecal, como é o caso das fístulas recto-vaginais. Podem ainda ocorrer em situações de urgência, nomeadamente, oclusão intestinal baixa, por neoplasia, em processos sépticos, traumatismos do cólon, feridas da região anorectal.

Quanto à idade, podemos referir que se verificam sobretudo em grupos de idade avançada, tendo em conta que as doenças que as originam ou suas complicações (as neoplasias e a doença diverticular) ocorrem sobretudo em pessoas idosas, conforme referem Catalgo e MacKeigan (2004).

Relativamente à sua localização, é de salientar que se podem realizar em qualquer parte do cólon. Contudo, a localização mais frequente ocorre no cólon transversal, seguindo-se o cólon sigmóide e excepcionalmente o cólon ascendente.

1.9.1.1.2. COMPLICAÇÕES DAS COLOSTOMIAS

As complicações dos estomas digestivos são frequentes. Uma percentagem destas complicações ocorre como consequência de falhas na técnica cirúrgica. Contudo, algumas destas complicações advêm da dificuldade sentida pelo doente e sua família perante a necessidade de prestar cuidados ao estoma, provocada pela recusa relativamente à doença, pela sua não adaptação à situação ou ainda pelo afastamento familiar, social e laboral.

Para que o doente se adapte de forma adequada e atempada à sua colostomia, é necessário que a equipa de saúde envolva o doente na tomada de decisão face ao seu processo terapêutico, nomeadamente na marcação do estoma. Quando este envolvimento acontece, o doente sente-se mais motivado para a aprendizagem, participando de forma efectiva nos cuidados que a sua colostomia necessita.

Ragué e colaboradores (1999) referem que para que haja uma adequada adaptação por parte do doente é necessário um cuidadoso planeamento de todo o processo de tratamento que deve estabelecer-se no período pré-operatório, de forma protocolizada e individualizada, e que deve incluir um conjunto de actividades de sensibilização, informação, aprendizagem e ajuda, relacionadas com a doença.

No que refere às consequências da colostomia, Catalgo e MacKeigan (2004) enfatizam as alterações impostas pela cirurgia com recurso à colostomia, defendendo que esta implica uma marcada alteração na qualidade de vida do doente. Por este facto, devem ser desenvolvidos todos os esforços para reduzir ou eliminar os factores que possam, de alguma forma, limitar a adaptação do indivíduo. Apesar de todos estes esforços, a qualidade de vida do doente continua a ser ameaçada e negligenciada, tendo em conta que continuam a ocorrer, frequentemente, erros relativos à marcação e construção do estoma e à informação dada ao doente.

As complicações dos estomas podem aparecer no pós-operatório imediato, tardio ou em qualquer momento da vida do doente, após a cirurgia.

1.9.1.1.2.1. COMPLICAÇÕES IMEDIATAS

Estas complicações surgem nas primeiras semanas de pós-operatório. O seu aparecimento requer, de forma bastante frequente, a reintervenção cirúrgica do doente (Catalgo & MacKeigan, 2004).

Infecção e sepsis – É uma das complicações mais frequentes neste tipo de cirurgia (2 – 24%), por incumprimento da técnica asséptica (Ragué et al., 1999).

É originada pela contaminação fecal durante o acto cirúrgico, sendo mais comum em doentes submetidos a cirurgia de urgência, em que não foi possível efectuar preparação intestinal. Pode apresentar-se sob a forma de uma simples inflamação até à formação de abscesso. De um modo geral, o doente apresenta dor em redor da ostomia, rubor, calor, tumefacção e, por vezes, febre.

Necrose – Esta complicação ocorre nos primeiros dias de pós-operatório. Perante esta complicação é normalmente necessário efectuar nova intervenção

cirúrgica. É mais frequente em doentes obesos, em doentes com patologia arteriosclerótica e em doentes operados de urgência. O estoma necrótico apresenta, de modo geral, uma coloração azulada ou negra. Se a necrose for superficial, não requer reintervenção cirúrgica, reconvertendo espontaneamente.

Retracção ou Afundamento – Esta complicação é mais comum em doentes obesos, doentes com distensão abdominal pós-operatória prolongada ou em doentes com infecções graves em redor da colostomia.

Esta situação corresponde ao deslizamento do intestino para o interior da cavidade abdominal, devido à ocorrência de tensão excessiva a nível da união mucocutânea, a qual se produz em consequência da distensão abdominal, provocada pela diminuição do funcionamento intestinal (Ortiz et al., 1994a; Cataldo & MacKeigan, 2004).

Sempre que esta situação ocorre, verifica-se uma contaminação fecal dos tecidos adjacentes, podendo conduzir a peritonites ou outras infecções graves, incluindo necrose da parede abdominal.

Hemorragia da colostomia – A hemorragia abundante pela colostomia é uma situação pouco frequente. Quando ocorre tem origem num vaso subcutâneo ou submucoso a nível da sutura do intestino à parede abdominal, ou à existência de uma úlcera na mucosa.

Evisceração – Ocorre em 1 – 3% dos casos e verifica-se quando o orifício da parede abdominal é excessivamente grande relativamente ao tamanho do estoma. Esta situação encontra-se facilitada quando existe uma grande pressão intraabdominal (obesidade) ou íleus paralítico prolongado (paralisia intestinal pós-operatória) (Ragué et al., 1999).

Fístula – Neste tipo de complicação existe saída de fezes em volta da colostomia ou dá-se uma acumulação de fezes a nível subcutâneo, provocando infecção local com ou sem formação de abcesso. Frequentemente a primeira manifestação é um abcesso subcutâneo periestomal, evoluindo geralmente para fístula enterocutânea periestomal.

As complicações anteriormente descritas contribuem de forma significativa para a diminuição da qualidade de vida do doente e para a sua reabilitação. É pois importante que os profissionais de saúde sejam alertados para a enorme responsabilidade de que está revestida a sua prática de cuidados.

1.9.1.1.2.2. COMPLICAÇÕES TARDIAS

Eventração ou hérnia periestomal – É a complicação tardia mais frequente (7 – 20% dos casos). A principal localização é o orifício da parede, criado para exteriorizar o intestino, já que é o ponto mais frágil, (Ragué et al., 1999; Ortiz, Rague & Foulkes, 1994).

Esta complicação manifesta-se com o aparecimento de uma tumefacção em redor da colostomia, na qual a pele se encontra sob tensão, conseguindo ser reduzida com a mão.

A eventração resulta do alargamento acentuado e progressivo do orifício da parede abdominal efectuado para exteriorizar o intestino. A incidência verifica-se em doente idosos, desnutridos ou debilitados, obesos, com problemas respiratórios graves e crónicos, com tosse persistente.

Estenose – Esta complicação, pelo contrário, ocorre em virtude do orifício de exteriorização do intestino apresentar uma acentuada diminuição do seu calibre.

Ragué e colaboradores (1999) referem que a sua frequência é de 2 – 14% em colostomias. Os autores referem ainda que a stenose pode ser orgânica ou funcional. De entre as primeiras salientam-se as cutâneas, as mais frequentes, as aponevróticas e as mistas; as funcionais são devidas ao trajecto sinuoso do intestino.

A stenose pode ter ainda como causa factores relativos ao doente, como sejam, obesidade, diminuição do aporte sanguíneo ao cólon, ou ser ocasionada pela própria patologia do doente (doença de Crohn, p.ex.).

A stenose pode ainda ocorrer como consequência de qualquer das complicações imediatas anteriormente descritas, nomeadamente a necrose, infecção ou retracção; devendo-se nestes casos à cicatrização por segunda intenção (Ortiz et al., 1994a).

Prolapso – Corresponde a uma protusão, ou seja, a saída do intestino para o exterior, através do estoma.

Aparece de forma mais frequente em doentes com aumento prolongado da pressão intra-abdominal, provocada por tosse, esforço físico, etc; ou em doentes operados de urgência.

O prolapso pode apresentar algumas complicações, como por exemplo, quadro de obstrução intestinal, estrangulamento e ulceração da mucosa intestinal, (Cataldo & MacKeigan, 2004).

Estas complicações, apesar de raras, podem apresentar alguma gravidade.

Hemorragia – A hemorragia é devida, comumente, a traumatismos ou a fricção constante do estoma. De um modo geral, não apresenta gravidade, mas pode preocupar o doente. Este deve ser alertado para o facto de tal complicação não apresentar gravidade e para a atitude que deve tomar (Ortiz et al., 1994a).

Perfuração – É uma complicação pouco frequente e a sua etiologia são os traumatismos repetidos com cânulas ou sondas rígidas, usadas para irrigação da colostomia. Este traumatismo ocorre, de modo geral, quando já existe uma complicação prévia, como por exemplo, eventração, prolapso ou estenose, estando o acesso ao cólon mais dificultado.

Complicações cutâneas – As irritações cutâneas são das complicações mais frequentemente referidas pelos doentes ostomizados. As causas são variadas, sendo, contudo, apresentadas como mais comuns, as mudanças frequentes do dispositivo, técnicas de higiene inadequadas, uso de substâncias agressivas, como por exemplo, acetona, éter, etc. e incorrecta remoção do dispositivo (Ragué et al., 1999; Ortiz, Rague & Foulkes, 1994a).

Ragué e colaboradores (1999) apontam como complicações cutâneas mais frequentes a irritação, alergia e hipersensibilidade, granulomas, foliculite (inflamação das glândulas dos pêlos), radiodermite (lesões da pele secundárias à radioterapia), infecção por fungos (cândida) ou pela própria doença (p. ex. doença de Cronh) e varizes periestomais (relacionadas, de modo geral, com hipertensão portal).

A irritação cutânea pode oscilar entre o eritema cutâneo e a úlcera cutânea, sendo esta última extremamente dolorosa.

1.9.1.2. COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS

Ser submetido a uma intervenção cirúrgica envolve, de um modo geral, determinados riscos. Quando a cirurgia a efectuar está relacionada com a presença de CCR, a possibilidade de que estes ocorram aumenta drasticamente. As razões de tal agravamento prendem-se com o facto de o doente se encontrar fisicamente debilitado em consequência da própria patologia e poderem estar outros órgãos afectados, alguns dos quais desempenhando um papel muito importante para o bom funcionamento do organismo (Catalogo & MacKeigan, 2004).

As complicações pós-operatórias podem surgir no período pós-cirúrgico imediato ou tardio.

As complicações pós-operatórias imediatas do cancro do cólon e recto são múltiplas e variadas, podendo ocorrer desde as complicações gerais, tais como, pneumonia, tromboembolismo pulmonar, tromboflebitis das extremidades inferiores, etc, até às complicações abdominais, das quais salientamos, o abcesso da parede como a mais benigna e a deiscência anastomótica, como a mais grave (Ortiz et al., 1994b).

Por sua vez, Hawthorn (2000) aponta como principais complicações, a hemorragia da incisão, tromboflebite ou trombose das veias profundas, deiscência anastomótica, embolia pulmonar, desequilíbrio hidroelectrolítico, infecção da incisão, ileus paralítico e, por fim, infecção urinária.

As complicações tardias são, de modo geral, consequência do procedimento cirúrgico. As mais citadas são a oclusão, que se caracteriza por um quadro de obstrução do intestino, conduzindo a distensão abdominal, vómitos, dor abdominal e colostomia não funcionante.

A técnica cirúrgica pode também afectar os nervos pélvicos que controlam a bexiga e a função sexual. A vagina pode, em consequência do tumor, ser parcialmente extirpada, o que vai provocar alterações na vida sexual feminina (Hawthorn, 2000). Assim, e segundo o mesmo autor, após a cirurgia pélvica ou abdominal podem ocorrer as seguintes complicações genito-urinárias:

- Retenção urinária;
- Incontinência urinária;
- Impotência ou ejaculação retrograda nos homens;
- Dispareunia nas mulheres;
- Transtornos na defecação.

De modo geral, as complicações tardias provocam no doente problemas psicosexuais avassaladores, tendo em conta que a sexualidade é dos aspectos que em muito contribui para a preservação da saúde mental e, por conseguinte, para a manutenção da qualidade de vida (Catalogo & MacKeigan, 2004).

1.9.2. RADIOTERAPIA

A radioterapia representa um importante papel no tratamento do cancro, tendo em conta que cerca de metade dos indivíduos com cancro são sujeitos a radioterapia em determinado período da sua doença (Corner, 2003; Maher, 2000).

A radioterapia tem como principal função actuar ao nível do DNA celular, provocando a morte da célula, mas apenas se esta se encontra na fase da mitose, ou seja, da divisão celular. Por este motivo é necessário que o tratamento com radioterapia decorra durante algum tempo, que pode ir de apenas alguns dias, a semanas ou até meses, de modo a que possa ocorrer a divisão celular das células neoplásicas.

Contudo, e na opinião de Potter e Conn (2006), a dose de radiação necessária para produzir destruição letal das células neoplásicas é muito próxima da dose que provoca, de igual modo, destruição irreversível dos tecidos normais. Esta é, talvez, a maior limitação da radioterapia em termos terapêuticos, tendo em conta que é extremamente difícil efectuar uma dose tumoricida radical sem causar elevada morbilidade ao doente.

Segundo Colyer (2003), o sucesso da radioterapia depende de vários factores:

- Localização e avaliação precisas do volume do alvo clínico;
- Imobilização efectiva do doente para assegurar a repetitividade do posicionamento, quer na fase de planeamento, quer em cada sessão de tratamento;

-
- Correcta delimitação do alvo clínico;
 - Elaboração de um plano de tratamento que distribua uniformemente uma dose elevada de radiação para o tumor, poupando importantes estruturas radiosensíveis e tecidos normais;
 - Selecção da dose ideal/fraccionamento de horário;
 - Estabelecimento exacto e consistente da prescrição terapêutica bem como da sua execução.

A radioterapia é um tratamento localizado que exige da parte do radioterapeuta grande perícia no que se relaciona com a delimitação do local onde fazer incidir a radiação. Hawthorn (2000), refere que a toxicidade da radioterapia aumenta tanto com o volume de tecido irradiado como com a dose administrada, sendo deste modo importante que o radioterapeuta consiga combinar a máxima eficiência da radiação com um nível aceitável de toxicidade.

Em doentes com cancro rectal, nos quais as lesões neoplásicas tenham penetrado na parede intestinal e haja já envolvimento dos gânglios regionais, existe um elevado risco para recorrência local, após a ressecção do tumor primário, sendo a sua incidência de 40 a 50% (Bresalier, 1998). Nestas circunstâncias, a radioterapia é largamente utilizada pré-operatória ou pós-operatoriamente, como forma de reduzir o risco de recorrência local em doentes com cancro do recto e da rectosigmóide.

A radioterapia pode ser administrada de múltiplas formas ao longo do curso da doença, como terapia neoadjuvante, pós-operatória, terapia de modalidade combinada e terapia paliativa. Quanto a esta última pode, de igual modo, ocorrer em diversos momentos do percurso da doença (Maher, 2000).

A radioterapia é frequentemente utilizada no pré-operatório e em doentes que têm evidência de doença recidivante, especialmente na pélvis, ou recidivas intra-abdominais localizadas, sendo, de um modo geral, um tratamento localizado. *O uso coadjuvante de radioterapia e quimioterapia no cancro rectal esteve associado a um período de tempo livre de tumor mais longo após a cirurgia* (Winawer et al., 1990, p.680). A sua utilização no pós-operatório tem como principal finalidade prevenir a recidiva local, sendo de modo geral administrada em associação com a quimioterapia, de forma a reduzir a hipótese de ocorrência de metastases à distância.

Ainda relativamente ao uso da radioterapia no tratamento do CCR, Bresalier (1998, p.1937) refere que *estudos efectuados nas últimas duas décadas evidenciaram uma significativa diminuição no surgimento de recidivas locais, em doentes com cancro rectal, que tinham sido sujeitos a moderadas ou elevadas doses de radiação, no pré e/ou pós-operatório.*

Em determinadas situações, em que o tumor é inoperável, pode usar-se a radioterapia como único tratamento. De modo geral, esta situação verifica-se quando o tumor se encontra em fase avançada, sendo o uso da radioterapia paliativo, como forma de diminuir a dor e a hemorragia. Utiliza-se ainda como tratamento de primeira escolha quando o doente não apresenta as condições físicas adequadas para suportar uma cirurgia, ou quando este recusa determinado procedimento, como por exemplo, a colostomia definitiva.

Um outro objectivo da administração da radioterapia prende-se com o facto de esta, ao ser administrada antes da cirurgia, reduzir o tamanho do tumor, o que facilita a sua ressecção cirúrgica. Estes aspectos apresentam extrema relevância clínica, tendo em conta as complicações pós-operatórias que frequentemente ocorrem, nomeadamente a nível da função erétil e da bexiga.

De modo a reforçar este aspecto, Potter e Conn (2006) referem que a administração de radioterapia no período pré-operatório apresenta como vantagens a redução do tamanho do tumor, o que facilita a técnica cirúrgica e o aumento da preservação do esfíncter; como desvantagens os autores apontam o elevado risco de ocorrência de efeitos adversos tardios.

Os resultados de estudos comparativos efectuados em doentes nos quais apenas foi utilizada a cirurgia como forma de tratamento e em doentes a quem foi utilizada cirurgia em associação com a radioterapia, administrada no pré ou no pós-operatório, mostram que a taxa média de recorrência é de 29%, no grupo apenas sujeito a cirurgia, reduzindo-se para metade, 15%, nos doentes submetidos a cirurgia mais radioterapia (Hawthorn, 2000).

Como forma de evidenciar a importância da radioterapia no pré-operatório, Mohiuddin e colaboradores citados por Hawthorn (2000), salientam que as taxas de sobrevivência aos cinco anos eram de:

- 54% para doentes tratados pré-operatoriamente;
- 41% para doentes tratados pós-operatoriamente;

- 72% para os doentes que receberam ambos os tratamentos.

Relativamente ao cancro do cólon, o papel da radioterapia reserva-se para situações de irresssecabilidade tumoral e de recidiva local, particularmente em casos de palição. Este facto verifica-se devido ao cancro do cólon apresentar baixa incidência de recorrência local, sendo o principal objectivo da radioterapia prevenir a recorrência localizada do tumor. Para além destes aspectos, o uso de radioterapia no cancro do cólon apresenta algumas limitações que se prendem essencialmente com a dificuldade em delimitar adequadamente o local do tumor, de forma a evitar irradiar células normais.

Não é viável irradiar todo o abdómen, com vista a incidir no cancro do cólon, uma vez que as doses necessárias, para serem eficazes, seriam demasiado tóxicas para as células normais dos órgãos abdominais, nomeadamente o intestino delgado, o fígado e os rins (Hawthorn, 2000).

Estão actualmente em estudo novas técnicas com vista à utilização da radioterapia intra-operatória (RIO), sendo esta eficaz no controle tumoral local. *A RIO permite identificar visualmente a zona de risco da recidiva ou resíduo pós-cirúrgico, assim como expor à radiação tumores irresssecáveis* (Calvo et al., 2002, p.96/97). Os tecidos normais móveis e não afectados pelo tumor podem momentaneamente ser afastados, de modo a protegê-los da radiação.

Calvo e colaboradores (2002, p.96) referem ainda que *a combinação da precisão na administração da dose, a protecção dos tecidos normais e a remoção cirúrgica do tumor convertem a RIO num componente radioterápico capaz de aumentar o índice terapêutico da associação clássica da cirurgia com a radioterapia.*

1.9.2.1. BRAQUITERAPIA

A braquiterapia, ou terapia implantada, tem sido usada clinicamente há mais de 100 anos, correspondendo à administração de radiação directamente sobre o tumor (Behrend, 2000).

A braquiterapia consiste no uso de fontes radioactivas, chamadas radioisótopos, com a finalidade de distribuir radioterapia numa área específica do organismo. Este método é utilizado para efectuar tratamentos intracavitários,

como por exemplo, tumores malignos ginecológicos e terapia intersticial, onde o material é implantado directamente no tumor, de forma definitiva ou temporária, (Adamson, 2003).

Os procedimentos da braquiterapia podem ser efectuados com implantes temporários ou permanentes. Os implantes temporários têm usualmente semi-vidas mais curtas e energia mais elevada do que os implantes permanentes, (Behrend, 2000).

A braquiterapia é de modo geral utilizada em situações em que a radioterapia já tenha sido administrada, tendo ocorrido problemas relativamente aos efeitos adversos tardios, verificados nos tecidos; é comum ainda ser utilizada em situações em que é necessário administrar uma grande dose de radiação, para aumentar a perspectiva de controlo sobre o tumor (Adamson, 2003).

1.9.2.2. EFEITOS SECUNDÁRIOS DA RADIOTERAPIA

A necessidade de decidir qual a abordagem terapêutica mais adequada para cada indivíduo requer uma aproximação holística do problema. Este facto exige por parte dos profissionais de saúde uma avaliação precisa dos prós e dos contras, mediante cada modalidade de tratamento.

Para além da avaliação da toxicidade, o profissional de saúde deve integrar, no processo de tomada de decisão, a percepção do doente perante a sua doença, as consequências emocionais e as dificuldades diárias vivenciadas, relativamente ao facto de lidar com os tratamentos (Adamson, 2003).

A sintomatologia está intimamente relacionada com a qualidade de vida dos indivíduos com cancro. King e colaboradores citados por Faithfull (2003) referem que a qualidade de vida é descrita como tendo quatro dimensões: física, psicológica, social/desempenho de funções e sintomas.

Os efeitos secundários relativos à radioterapia apresentam um cariz bastante subjectivo, facto que se verifica através da diferente sintomatologia observada em cada indivíduo. Estes estão directamente relacionados com a quantidade de dose administrada e com o volume de tecidos irradiados.

Behrend (2000) salienta que a resposta dos tecidos normais à radiação depende da dose total, do esquema de administração, em termos da dose diária, duração total do tratamento e do volume de tecido irradiado. Assim, quanto

maior a dose ou a quantidade de tecido irradiado maior o índice de toxicidade observado.

A tolerância de cada órgão não pode ser prevista com exactidão tendo em conta que os danos provocados pela radiação são um processo ocasional, provocado por um conjunto variado de factores, como o grau de oxigenação tecidual ou a capacidade de regeneração desses mesmos tecidos. Estes aspectos variam de indivíduo para indivíduo, podendo ainda variar, no mesmo indivíduo, em diferentes fases da sua vida (Adamson, 2003).

Os efeitos secundários agudos começam, de modo geral, 1 a 2 semanas após o início da radioterapia e terminam 1 a 2 semanas após o seu término. Resultam dos danos celulares provocados aos órgãos vizinhos, sobre os quais também incidiu a radiação.

Como forma de minimizar o aparecimento de efeitos agudos, o tratamento radioactivo deve ser planeado com interrupções que permitam a renovação celular. De um modo geral, esta programação consiste em efectuar tratamentos 5 dias por semana com 2 dias consecutivos de intervalo. Por vezes é necessário aumentar os dias de intervalo (Behrend, 2000).

O mesmo autor refere que os efeitos secundários subagudos surgem de modo geral dentro de algumas semanas e até poucos meses após a finalização do tratamento.

Os efeitos secundários tardios da radioterapia dependem da quantidade de dose administrada. Assim, Maher (2000) refere que a extensão e gravidade dos efeitos tardios estão dependentes da quantidade de irradiação administrada diariamente e da dose total administrada, da duração total do tratamento, tamanho da área tratada, tipo de radiação e administração concomitante de quimioterapia.

Ota e colaboradores (2002) referem que o uso de radioterapia, relativamente ao CCR, pode resultar num conjunto de complicações, como o aumento da frequência das dejectões, dificuldade ou urgência em evacuar, incontinência e diminuição da capacidade de distinguir as fezes dos flatos. Os doentes podem ainda apresentar obstrução intestinal, diarreia crónica e fistulas como consequência da lesão do intestino delgado, sendo esta a sequele mais grave da radioterapia. Estes doentes podem apresentar uma baixa qualidade de

vida, sendo por vezes necessário o recurso a intervenções cirúrgicas. Outras sequelas ocasionalmente observadas são a disfunção da bexiga e do esfíncter anorectal, provocadas pela lesão do plexo sagrado e de outras raízes nervosas (Zampino et al., 2004).

Para além do intestino delgado, os órgãos mais comumente afectados, por serem órgãos vizinhos, são a bexiga, os órgãos reprodutivos e os ossos da pélvis. Decorrente deste facto pode ainda observar-se o aparecimento de dor pélvica crónica, aproximadamente 1 ano após a administração de radiação, devido a múltiplas fracturas da pélvis.

Hawthorn (2000), citando um estudo existente, (Swedish Rectal Cancer Trial, 1997) refere que a radioterapia pré-operatória aumenta o risco de infecção da incisão perineal de 10% para 20%, em doentes submetidos a ressecção abdominoperineal.

Apesar da literatura apontar um vasto leque de efeitos secundários atribuídos à radioterapia, a diarreia é um dos sintomas mais comuns. Relativamente a este sintoma, Dahlberg e colaboradores (1998) salientam que 30% dos doentes que haviam recebido radioterapia pré-operatória constataram que esta disfunção intestinal afectava a sua vida social. As suas implicações centram-se na forma como limitam a realização das actividades de vida do doente, tendo em conta que surge espontaneamente durante o sono, em viagem, em actividades sociais, etc, o que na maioria dos casos conduz ao seu isolamento social (Faithfull, 2003).

Deste modo, e tendo em conta a importância dos sintomas na qualidade de vida dos doentes, salienta-se a extrema importância da educação para a saúde efectuada pelos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, salvaguardando, a nível psicológico o apoio emocional necessário e a nível físico, a prevenção da desidratação e a possível alteração da dieta, como forma de reduzir a gravidade da diarreia (Wells & MacBride, 2003).

Como forma de reforçar estes aspectos, Padilla (1990) citada por Faithfull (2003) concluiu, num estudo efectuado a 101 doentes submetidos a radioterapia, que o impacto dos efeitos adversos gastrointestinais está relacionado com o bem-estar psicológico em 21,5% do total dos doentes.

No que se refere aos problemas relativos à bexiga, e tendo em conta a sua proximidade com o cólon e o recto, e por conseguinte, a sua possível irradiação,

salienta-se que esta pode provocar danos que se manifestam por aumento da frequência urinária, urgência urinária e irritação à micção. Também relativamente a estas manifestações clínicas é importante uma abundante ingestão hídrica, como forma de as reduzir (Dahlberg et al., 1998).

Relativamente à proctite, Maher (2000) refere que a mesma ocorre, de forma mais frequente, em doentes que recebem irradiação para cancro rectal, anal e prostático, devido à sua grande proximidade com a área irradiada. A proctite pode surgir acompanhada de tenesmo e é mais grave se está a ser administrada quimioterapia em simultâneo. Quanto às alterações cutâneas, são de salientar o rubor e a irritação, revestindo-se de enorme importância os cuidados da pele perineal, tendo em conta a sua extrema sensibilidade.

A secura vaginal surge como consequência da perda do epitélio vaginal. Esta alteração provoca vaginite, redução do lúmene inflamação da mucosa, da qual resulta secura, prurido e eliminação de muco. A dispareunia surge de igual modo de forma bastante frequente (Maher, 2000).

A severidade dos sintomas, assim como o seu início e duração, são influenciadas por um conjunto de factores, dos quais se salientam como factores intrínsecos: a idade, características cutâneas, estado nutricional, saúde geral, doenças associadas e etnia; como factores extrínsecos salientam-se a dose, tipo de energia e o fraccionamento do regime terapêutico (Wells & MacBride, 2003). As mesmas autoras referem ainda que o incremento do uso de quimioradioterapia vem contribuir para um aumento da severidade das reacções cutâneas. Se, por um lado, o uso simultâneo dos dois tratamentos vem aumentar a resposta global do doente ao tratamento, por outro lado os efeitos adversos tendem, de igual modo, a sofrer uma certa exacerbação.

De entre as várias reacções cutâneas, pode salientar-se a descamação húmida da pele, que afecta de modo geral as pregas cutâneas, e cujo tratamento se apresenta de difícil resolução (Potter & Conn, 2006).

Abordar os aspectos relacionados com a sexualidade e a fertilidade apresenta-se por vezes difícil para a equipa de saúde, tendo em conta que as principais preocupações dos doentes se prendem, de modo geral, com os efeitos adversos imediatos, sendo a sexualidade e a fertilidade problemas que surgem como resposta tardia à radioterapia.

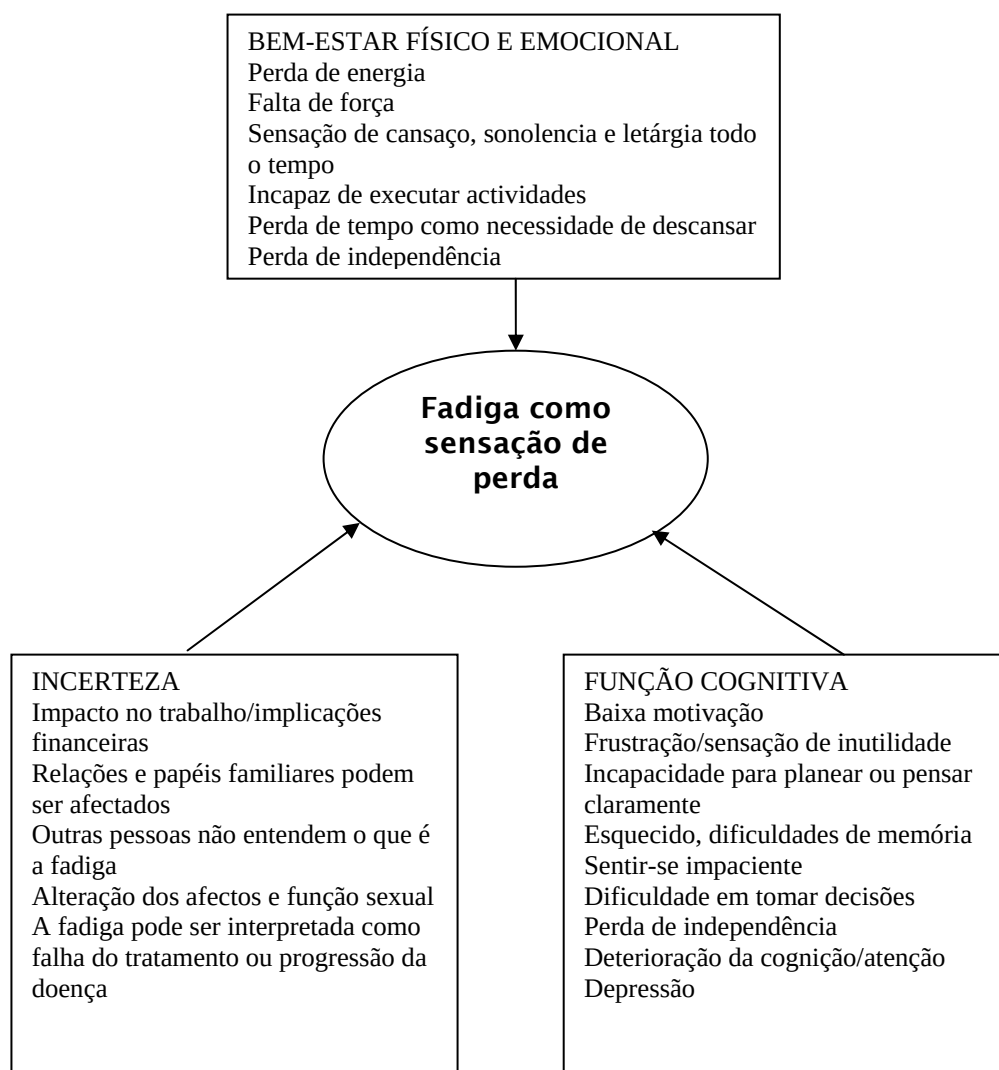
White e Faithfull (2003) referem que as questões de âmbito sexual não representam problema para o(a) doente e companheira(o) enquanto os tratamentos não estão completos. As mesmas autoras abordam o resultado de um estudo, no qual observaram que doentes que tinham terminado tratamento radioterápico à pélvis, por cancro da próstata e da bexiga, referiram como problemas menos relevantes, os problemas sexuais, tais como, falta de apetite sexual e disfunção erétil. Os problemas urinários e a diarreia foram os mais imediatos, ambos referidos ainda durante o tratamento ou imediatamente a seguir à sua conclusão. Contudo, seis meses após o tratamento, o baixo interesse sexual foi o terceiro, relativamente à prioridade, logo a seguir aos problemas urinários e à eficácia da radioterapia no controlo da doença.

A fadiga é outro dos efeitos adversos comumente referidos pelos doentes, sendo caracterizada como um sentimento esmagador de exaustão e falta de energia, do qual resulta, de modo geral, dificuldade de concentração e *distress* emocional ou diminuição do humor (Faithfull, 2003).

Krishnasamy (2004) refere que a fadiga foi identificada como um dos problemas mais prevalentes, experimentados pelos doentes com cancro. Pode, contudo, ocorrer que a causa desta fadiga corresponda não à radiação propriamente dita, mas a outros factores, físicos, sociais ou emocionais, tais como a insónia e a ansiedade, provocadas quer pelo tratamento quer pela doença em si.

Faithfull (2003) salienta que a fadiga pode afectar seriamente a qualidade de vida, impedindo a capacidade do indivíduo cuidar de si próprio, a reabilitação e a recuperação relativa ao tratamento de radioterapia. A mesma autora refere ainda que a incidência de fadiga em doentes tratados com radioterapia varia entre os 75% e os 100%, e o grau em que ela é sentida varia ao longo de toda a trajectória do tratamento. Contudo, muitos doentes sentem o impacto da fadiga relacionada com a radioterapia como uma sensação de perda, não só em termos da força física mas também na motivação e capacidade de pensar em envolver-se em actividades sociais, conforme se pode observar na figura 1.1.

Figura 1.1. O impacto da fadiga induzida pela radioterapia



Fonte: Faithfull, S. (2003). Fatigue and radioterapy, in: Faithfull & Wells (2003). *Supportive Care in Radioterapy*. Edinburgh, Churchill Livingstone.

Apesar do conhecimento existente em relação aos efeitos secundários da radioterapia, Krishnasamy (2004) salienta ainda o facto de ser necessária mais investigação nesta área, de modo a que a etiologia, a natureza e o impacto da fadiga relacionada com o cancro sejam esclarecidas.

1.9.2.2.1. EFEITOS ADVERSOS A LONGO PRAZO NA MULHER

Os efeitos adversos que ocorrem a longo prazo prendem-se, sobretudo, com efeitos da radiação sobre os órgãos reprodutores, tendo em conta a sua proximidade anatómica com o cólon e o recto, nos quais se inclui a vagina, o útero e os ovários.

Bub e colaboradores (2003) referem que as doentes deixam de ter períodos menstruais, desenvolvendo sintomas menopausicos, tais como, calor súbito, insónias e alterações do humor.

As perturbações sentidas a nível da vagina estão relacionadas com secura e estreitamento, provocando alterações a nível sexual, nomeadamente diminuição da libido e dispareunia. Estes efeitos adversos podem, contudo, ser minimizados com administração terapêutica adequada.

Fokdal e colaboradores (2004) salientam que a função sexual da mulher também é afectada, evidenciando menor desejo e satisfação.

1.9.2.2.2. EFEITOS ADVERSOS A LONGO PRAZO NO HOMEM

Relativamente às alterações observadas, podemos apontar como mais significativas, a infertilidade, provocada pela diminuição do número de espermatozóides e de sémen (Bub et al., 2003).

No que concerne à função sexual, Fokdal e colaboradores (2004) salientam que os doentes do sexo masculino sujeitos a radioterapia apresentaram maior disfunção erétil e falta de desejo quando comparados com os doentes do grupo de controlo.

1.9.3. QUIMIOTERAPIA

Relativamente ao tratamento do cancro, a quimioterapia envolve, de modo geral, a combinação de duas ou mais drogas, administradas num período que pode variar de várias semanas a meses, dependendo do estado geral do doente, do tipo de cancro e do seu crescimento metastático.

Clayton e Stock (2004, p.570) referem que *muitos citostáticos são específicos da fase do ciclo celular; isto é, têm uma toxicidade selectiva quando a célula está numa fase específica de crescimento e a sua eficácia depende de*

quando são administrados. As neoplasias mais sensíveis a este tipo de quimioterapia são as que proliferam rapidamente. Os citostáticos não específicos da fase do ciclo celular são activos em todas as fases e podem ser mais eficazes contra tecidos neoplásicos de proliferação lenta. Nestes medicamentos, a eficácia não depende da fase do ciclo em que são administrados mas sim das doses utilizadas.

A administração quimioterápica tem como principal função a destruição das células neoplásicas. Contudo, a sua utilização tem ainda como objectivo a redução do crescimento metastático, a prevenção da sua disseminação e o alívio de determinados sintomas. Hawthorn (2000, p.37) refere que *a quimioterapia pode ser adjuvante ou paliativa. A quimioterapia adjuvante administra-se após a cirurgia potencialmente curativa e tem como função prevenir a disseminação metastática ou a recidiva do tumor. Em casos de doença muito avançada ou doença metastática, a quimioterapia pretende atrasar a progressão da doença e reduzir os sintomas; nesta situação a quimioterapia é paliativa e não curativa.*

Tortorice (2000) refere que a quimioterapia dada com intenção curativa pode ser utilizada como tratamento primário ou adjuvante. A quimioterapia é considerada tratamento primário para doentes com cancros para os quais não existe outra alternativa terapêutica disponível ou se esta existe mas não é uma boa solução. A quimioterapia neoadjuvante descreve a quimioterapia administrada antes do tratamento cirúrgico, em doentes com doença primária localizada.

Os agentes quimioterápicos actuam limitando a divisão celular, proibindo a reprodução do DNA e encorajando o sistema imunitário a atacar as células neoplásicas (Bub et al., 2003). Esta terapêutica inibe, portanto, o crescimento e a reprodução das células neoplásicas. Tem, contudo, como principal contra-indicação o facto de impedir igualmente o crescimento e reprodução das células normais, embora não tão agressivamente.

No que concerne a estes aspectos, Barton-Burke (2001) salienta que os medicamentos quimioterápicos são agentes citotóxicos que actuam no núcleo celular e consequentemente na síntese das proteínas celulares, não distinguindo

entre as células normais e as células neoplásicas, afectando o crescimento e reprodução das células normais durante o tratamento das células neoplásicas.

A quimioterapia é também utilizada como forma de controlar a ocorrência de metástases, tanto na prevenção como no tratamento da doença. Na patologia em estudo é administrada, de modo geral, via intravenosa, em bólus ou em perfusão contínua, de modo a atingir de igual modo todas as partes do corpo.

A escolha do(s) fármaco(s) deve ser baseada na localização do tumor (cólon ou recto), no estadio de desenvolvimento em que este se encontra e na condição física do doente. Por vezes são utilizados como co-adjuvantes da radioterapia. Neste caso os citostáticos são empregues para fragilizar as células neoplásicas, tornando-as mais susceptíveis à acção da radioterapia (Saletti & Cavalli, 2006).

Adamson (2003), refere que a quimioterapia raramente produz cura quando administrada isoladamente, ou seja, sem radioterapia e cirurgia, com excepção do tratamento de alguns tumores surgidos nas gónadas ou no sistema hematopoiético, situações em que a quimioterapia é bastante efectiva.

Quando a radioterapia e a quimioterapia são administradas em associação, após a cirurgia, são chamadas de terapia adjuvante; quando são administradas antes da cirurgia são chamadas de terapia neoadjuvante (Bub et al., 2003).

A terapia neoadjuvante nos tumores do recto apresenta diversas vantagens. Ota e colaboradores (2002) referem que existem três importantes razões para usar terapias pré-operatórias: a diminuição do tamanho da massa tumoral; a diminuição da taxa de recorrência, tendo em conta que as margens intestinais poderão desta forma estar livres de células tumorais; e, a possibilidade de efectuar a técnica cirúrgica que vai preservar o esfíncter anal do doente. O mesmo autor refere ainda que a utilização de quimioradioterapia diminuiu em 5% a necessidade de ressecção abdominoperineal.

Também a terapia adjuvante, administrada no pós-operatório, apresenta vantagens. Hawthorn (2000, p.58) refere que *num estudo levado a cabo pelo Grupo de Estudos de Tumores Gastrointestinais, a taxa de sobrevivência aos 7 anos era de 58% para o grupo de modalidade combinada e de 34% para os doentes que apenas eram submetidos a cirurgia*. O mesmo autor refere ainda que o benefício relativo à sobrevivência constatado neste estudo foi similar ao encontrado relativamente à quimioterapia quando administrada isoladamente, em conjunto com a cirurgia.

Quanto à decisão de administrar ou não quimioterapia em doentes com cancro colorectal avançado, Blijham (1997) refere que a administração de quimioterapia no cancro colorectal avançado prolonga a sobrevivência durante aproximadamente seis meses, retarda a ocorrência ou progressão dos sintomas aproximadamente em seis meses, e melhora os sintomas sem toxicidade em cerca de 40% dos doentes.

Deste modo considera-se bastante favorável a utilização da quimioterapia tendo em conta que, para além destas vantagens, existe ainda a possibilidade de reduzir os seus efeitos adversos através de administração terapêutica adequada.

1.9.3.1. EFEITOS ADVERSOS DA QUIMIOTERAPIA

A incidência e toxicidade da quimioterapia está relacionada com a sua dosagem, programa de administração, mecanismo específico de acção, bem como a existência de outras doenças concomitantes e o uso de medidas específicas para prevenir ou diminuir essas mesmas toxicidades (Camp-Sorrell, 2000).

Os medicamentos antineoplásicos usados para o tratamento do cancro do cólon são, de modo geral, bem tolerados, sendo a queda completa do cabelo e as náuseas severas incomuns (Hawthorn, 2000). Contudo, e de um modo geral, a alopecia é dos efeitos adversos mais observados, sendo que a queda do cabelo se inicia 1 a 2 semanas após um único tratamento, atingindo o pico máximo 1 a 2 meses mais tarde (Wilkes, 2001). A mesma autora refere ainda que o grau e a duração da queda dependem da dose de medicamento administrado e do tempo de exposição ao mesmo. Outro dos factores que influenciam a probabilidade e severidade da alopecia é o programa de administração do tratamento. A título de exemplo pode referir-se que uma dose baixa, administrada semanalmente, provoca menos queda de cabelo que doses elevadas de 3 em 3 semanas ou uma administração em perfusão contínua, prolongada.

A depressão da medula óssea é um dos efeitos adversos mais preocupantes, tendo em conta que a mesma tem funções muito importantes no organismo humano. Esta complicação torna o doente susceptível a infecções. Wilkes (2001) refere que a infecção ocorre frequentemente durante todo o percurso da doença neoplásica, constituindo uma complicação bastante grave, sendo a causa de morte mais comum em doentes com cancro.

Torna-se assim de extrema importância a elucidação do doente face à necessidade de se proteger, no sentido de evitar ao máximo o contacto com pessoas com sintomatologia de determinadas doenças, nomeadamente infecções respiratórias. Contudo, não pode levar-se esta preocupação ao extremo de reduzir ou eliminar os contactos sociais, tendo em conta que o suporte social e o convívio são de extrema importância, para manter um estado de espírito positivo.

A anemia induzida pela quimioterapia é rara tendo em conta que a medula óssea começa a repor os glóbulos vermelhos antes dos seus níveis baixarem drasticamente (Camp-Sorrell, 2000).

A anemia pode ainda ocorrer como consequência da depressão da medula óssea. No entanto, o seu aparecimento verifica-se raramente numa fase inicial do tratamento, tendo em conta que a semivida das células vermelhas é superior à das restantes células hemáticas. Existem, contudo, alguns citostáticos que provocam anemia em qualquer altura, como é o caso da cisplatina (Wilkes, 2001).

As náuseas e vômitos constituem um desafio constante para o doente e para os profissionais de saúde.

As náuseas apresentam diversas formas, variando desde a forma mais aguda, cuja aparição se verifica imediatamente após a administração da medicação; subaguda, ocorrendo 6 a 8 horas após a administração da medicação; atrasada, a qual ocorre 2 a 3 dias após a administração da terapêutica; e antecipatória, como resposta condicionada a anteriores experiências de náuseas e vômitos, após tratamentos quimioterápicos (Decker-Baumann et al., 1999).

Relativamente a esta classificação de náuseas e vômitos Camp-Sorreell (2000) refere que as náuseas e vômitos agudos ocorrem desde poucos minutos até 1 a 2 horas após o tratamento, cessando, em média, após 24 horas do seu início; as náuseas e vômitos atrasados persistem ou surgem 24 horas após a administração da quimioterapia e as náuseas e vômitos antecipatórios surgem em cerca de 25% dos doentes e geralmente 12 horas antes do tratamento, como resultado de uma reacção antecipatória condicionada.

Nicholas (1982) refere que as náuseas e vômitos antecipatórios ocorrem, de um modo geral, após o 3º ou 4º ciclos de tratamento e podem afectar em média 33% dos doentes.

O grau de gravidade das náuseas e dos vômitos está relacionado com o tipo de medicamento, com a dose, frequência e método de administração, sendo o risco maior em doentes submetidos a terapêutica endovenosa do que em

doentes cuja medicação é administrada por via oral; sendo o risco também mais elevado em administração terapêutica por bólus do que em perfusão continua (Wilkes, 2001).

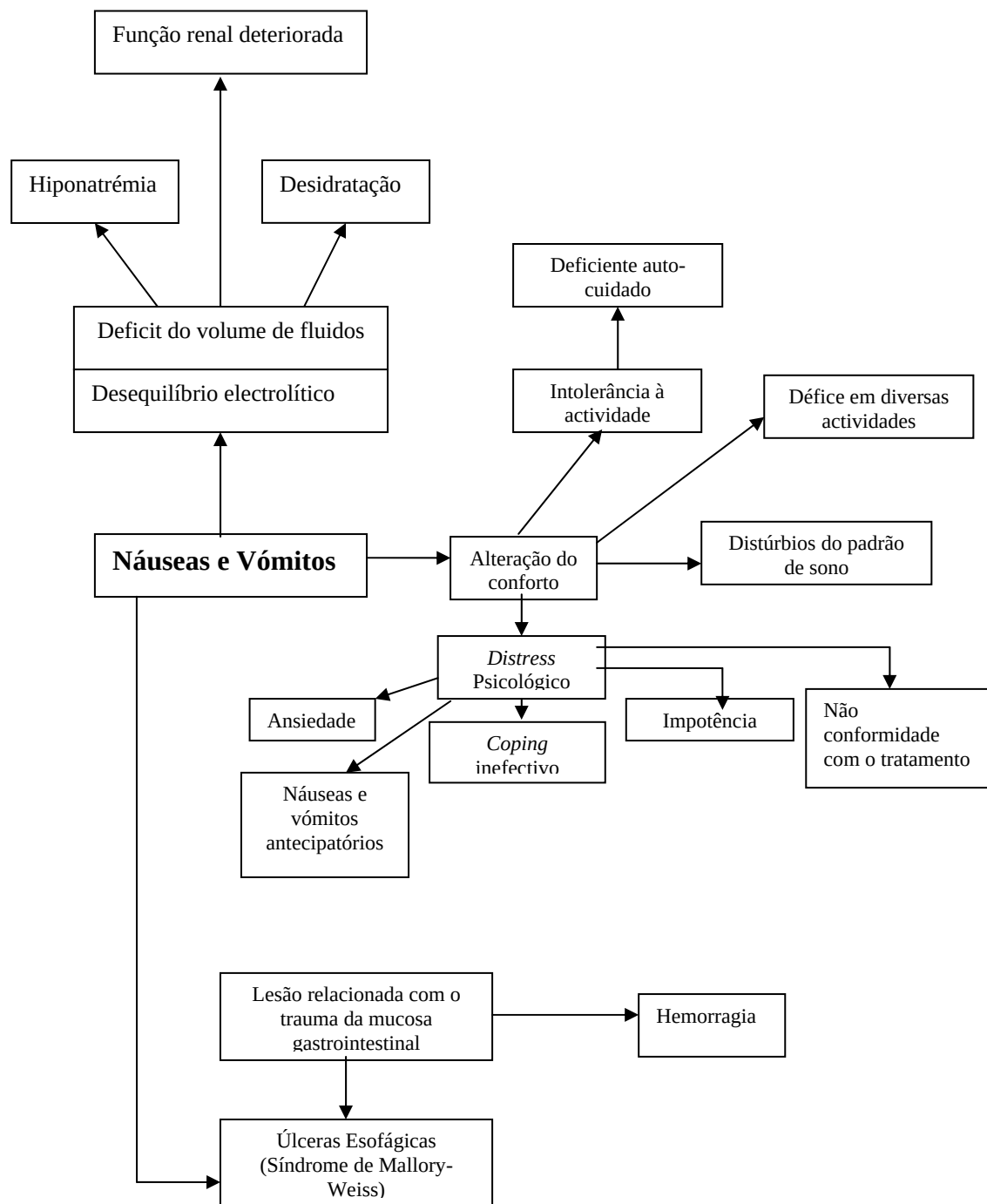
O mesmo autor refere ainda que o atraso da excreção do medicamento pode, de igual modo, influenciar o grau de gravidade e a duração da emese, surgindo neste caso a forma retardada das náuseas e vómitos.

As náuseas e vómitos diminuem significativamente a qualidade de vida do doente com cancro, sendo uma das principais causas de morbilidade física e psicológica. A figura 1.2 evidencia os principais problemas relacionados com as náuseas e vómitos provocados pela quimioterapia.

A diarreia é considerada, na maior parte da literatura encontrada, o efeito adverso mais comum, relativamente aos citostáticos de eleição para o cancro do cólon, podendo ser mais grave quando em situações de terapia de modalidade combinada (quimioterapia associada a radioterapia).

A sua ocorrência conduz, de modo geral, a um estado acentuado de debilidade física, pois o aumento do peristaltismo diminui a absorção dos nutrientes, água e electrólitos. A debilidade ocorre devido à combinação de vários factores, incluindo um desequilíbrio entre a absorção e a excreção verificadas no intestino delgado (Camp-Sorrell, 2000).

Figura 1.2. Principais problemas relacionados com as náuseas e os vômitos provocados pela terapêutica quimioterápica.



Fonte: Wilkes, J. (2001). Potencial Toxicities and Nursing Management. IN: Barton-Burke, M. et al. *Cancer Chemotherapy. A Nursing Process Approach*. Third Edition, Massachusetts, Jones and Bartlett Publishers.

A diarreia é ainda apontada como um dos efeitos colaterais mais comuns e potencialmente severos do uso do 5-fluorouracil, precedendo, na maioria dos casos, a depressão severa da medula óssea, o que conduz à obrigatoriedade de suspensão da medicação (Wilkes, 2001).

Decker-Baumann e colaboradores (1999) salientam que a gravidade e duração da diarreia dependem do agente quimioterápico, dose administrada, pico terapêutico e frequência de administração.

De um modo geral, a diarreia pode ser controlada através de alterações dietéticas. Contudo, por vezes é necessário recorrer ao uso de medicamentos específicos. Em casos mais severos o internamento torna-se necessário, como forma de restaurar o equilíbrio hidroelectrolítico e permitir efectuar uma pausa alimentar, necessária para o restabelecimento da mucosa intestinal.

A obstipação é referida como um sintoma pouco frequente mas bastante limitativo. Os factores de risco que contribuem para a obstipação incluem os analgésicos narcóticos, diminuição da actividade física, dieta baixa em fibras, diminuição da ingestão de líquidos e permanência na cama (Camp-Sorrell, 2000).

A inflamação das mucosas é outro dos efeitos adversos observado durante o tratamento quimioterápico. É provocada pela destruição de células epiteliais do tracto gastrointestinal. As mais comuns são a esofagite e a proctite. Pode também haver estomatite. Esta inflamação pode ser grave predispondo a infecções (Wilkes, 2001).

Ainda relativamente à inflamação das mucosas, Camp-Sorrell (2000) salienta que quando detectada tardiamente ou ignorada, pode evoluir para ulceração bastante dolorosa, hemorragia e infecção secundária.

Uma das principais causas da infecção oral é a *Cândida Albicans*, sendo este fungo responsável por mais de um terço das infecções orais, em doentes a receber quimioterapia para tumores sólidos (Decker-Baumann et al., 1999).

Para prevenir o seu aparecimento é imprescindível a manutenção de uma boa higiene oral, assim como prevenir lesões nas mucosas.

Apesar da gravidade dos efeitos adversos da quimioterapia, Molassiotis (2004) refere que não é só a toxicidade e a tolerância do tratamento escolhido que constituem problema para os doentes; as alterações da imagem corporal e o



funcionamento sexual constituem um enorme problema para muitos doentes, bem como os problemas relativos à sua capacidade para realizar as tarefas diárias, o impacto do tratamento a nível psicossocial e ainda os problemas cognitivos relacionados mais directamente com a quimioterapia.

**CAPITULO 2. CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO
DOENTE COM CANCRO COLORECTAL E
CUIDADOR/FAMÍLIA**

CAPÍTULO 2. CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM CANCRO COLORECTAL E CUIDADOR/FAMILIA

Num passado recente a prática de enfermagem estava essencialmente direccionada para o tratamento da doença, percepcionada numa vertente essencialmente física, sendo dada pouca ênfase aos aspectos psicológicos, espirituais e outros.

O enfoque recaía numa orientação mais instrumental, relacionada com procedimentos terapêuticos e técnicos, sendo a cura o principal objectivo. A orientação para o cuidar surge, mais tarde, como uma necessidade de aprofundar e fortalecer a relação enfermeiro-doente, apresentando uma visão mais holística. Esta orientação, para além de atender à cura, se esta for possível, atende o doente na sua globalidade, incluindo os aspectos subjectivos da sua situação. Em suma, visa sobretudo o bem-estar do doente.

A orientação para o cuidar surge nas ideias de Nightingale (1859), Henderson (1961; 1969), Leininger (1970) e Watson (1988), defendendo uma acção centrada no doente como sujeito de cuidados, para os aspectos relacionais e abrange a pessoa e o seu ambiente (Henderson, 1994).

Também Collière (1989) defende que a prática de enfermagem encontra a sua razão de ser na pessoa tratada, considerando a pessoa doente como o referente, o ponto de partida e de chegada dos cuidados, garantindo, através da relação enfermeiro-doente, a continuidade desses cuidados.

O cuidar em enfermagem surge, assim, como uma necessidade de prestar ao doente não só os cuidados físicos de que necessita para dar resposta às suas necessidades de saúde, mas também os cuidados psicológicos, espirituais, sociais ou outros, contribuindo de forma efectiva para uma melhor adaptação às alterações impostas pela situação de doença. Este implica uma abordagem holística do doente e tem por objectivo a pessoa, vista no conjunto das suas dimensões e situada no seu ambiente; tudo converge para ela, numa finalidade

bem definida, que é a prestação de cuidados de qualidade, personalizados e eficazes (Phaneuf, 2001).

Deste modo, os cuidados de enfermagem ao doente com CCR, encarados nesta perspectiva holística, têm como objectivo dar resposta a problemas físicos, tais como efeitos adversos da medicação e outras contra-indicações surgidas no decurso da doença; problemas psicológicos, como por exemplo, os problemas relacionados com o aparecimento de sinais de ansiedade e de depressão, tão comuns nas doenças neoplásicas; problemas sociais, salientando os problemas relacionados com o desajuste verificado no doente perante a sua reinserção no meio social e laboral.

De entre estes cuidados, que visam essencialmente aumentar a qualidade de vida do doente, tendo em conta uma melhor adaptação a todos os níveis, surge a educação para a saúde, como aspecto fulcral dos cuidados de enfermagem. Esta educação para a saúde pretende proporcionar ao doente/família os conhecimentos e competências necessárias para dar resposta às necessidades, em termos de cuidados, com que o doente/família se vão deparando ao longo de todo o percurso de doença (Wells, 2003).

Na perspectiva de Goodman (2000) a educação do doente e família acerca do cancro é usualmente iniciada pelo médico, o qual explica o diagnóstico, opções de tratamento, seus riscos e benefícios, alternativas e prognóstico. Após esta primeira abordagem médica, é papel do enfermeiro validar junto do doente e família toda a informação que lhe foi transmitida, com o objectivo de esclarecer dúvidas que tenham persistido ou surgido posteriormente, de forma a assegurar uma correcta compreensão de toda a informação.

Tendo em conta a importância da educação do doente como forma de melhorar a sua reabilitação, também Rodriguez-Bigas e colaboradores (2007) referem que a educação do doente com vista à sua reabilitação se inicia na primeira consulta, na qual são discutidos o diagnóstico de cancro colorectal e as implicações dos tratamentos, incluindo a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia.

Considerando, deste modo, a reabilitação do doente como um dos mais importantes aspectos para a sua qualidade de vida, King e Hinds (2003) defendem que, como o tratamento do cancro se tem tornado cada vez mais

agressivo, do qual resultam maiores efeitos tóxicos, com um tempo de sobrevivência do doente mais alargado tendo em conta as novas terapias implementadas, é importante que os profissionais de saúde se centrem, não só na morbilidade e mortalidade, mas também na qualidade de vida do doente, dando especial enfoque à sua perspectiva, envolvendo-o na tomada de decisão face aos tratamentos que lhe são direccionados.

Para que esta tomada de decisão seja efectiva, é importante que os profissionais de saúde valorizem e adoptem uma postura que conduza e estimule uma maior participação do doente nas tomadas de decisão referente às opções de tratamento, com explicações e informações claras quanto às condutas e riscos, permitindo deste modo melhores resultados no tratamento e na promoção de saúde (Salkeld et al., 2004).

Convém enfatizar que grande parte da recuperação dos doentes com CCR se centra na informação que lhe é transmitida. Como tal, Ayanian e colaboradores (2005) reforçam esta ideia através de um estudo efectuado e no qual os autores observaram que, no que respeita à informação relacionada com a saúde, os aspectos referidos pelos doentes como mais significativos foram a informação relativa ao tratamento, aos cuidados psicossociais e à coordenação dos cuidados. Assim, e no entender dos autores, os factores que mais dificultam a qualidade de vida dos doentes com CCR são a ausência de informação relativa a alterações no trabalho e actividades do dia a dia, relacionamento conjugal e actividade sexual. Foi ainda apontada a falta de informação no que respeita aos tratamentos salientando o facto dos profissionais não trabalharem em conjunto.

Salientam-se ainda os resultados deste estudo, no qual alguns doentes salientaram como factor determinante para a diminuição da sua qualidade de vida, o facto de não terem sido envolvidos na tomada de decisão relativa ao seu tratamento, falta de controle da dor e não terem sido tratados com dignidade (Ayanian et al, 2005).

Ainda no que respeita ao papel dos enfermeiros, Goodman (2000) salienta que estes são responsáveis por dar ao doente e família informações específicas acerca dos efeitos adversos dos tratamentos e medidas para que estes reconheçam e minimizem as suas consequências. Esta atitude por parte dos enfermeiros diminui uma parte significativa da ansiedade do doente e família e permitem a abertura necessária para que estes coloquem as questões às pessoas que maiores conhecimentos detêm sobre o assunto.

Também Potter e Perry (2003), de forma a realçar a importância do papel activo dos doentes nas decisões referentes ao seu percurso de doença, referem que é função vital do enfermeiro informar o doente e família, e apoiá-los durante o processo de tomada de decisão no que concerne aos tratamentos que lhe são ministrados bem como a todas as decisões relacionadas com o seu processo de doença.

Entre os doentes com cancro colorectal encontram-se os doentes ostomizados. Estes confrontam-se, de um modo geral, com graves dificuldades de adaptação à doença, quer a nível físico quer psicológico. Para além destes aspectos há ainda a referir que o doente necessita adquirir um determinado número de conhecimentos relativos à alimentação, aos cuidados ao estoma, adaptação do vestuário, mudança do saco de colostomia, irrigação do estoma, etc., de forma a prevenir o aparecimento de possíveis complicações. A prevenção destas complicações passa, assim, pela aprendizagem e aquisição de novos conhecimentos, através de programas de educação para a saúde, nos quais os enfermeiros têm uma intervenção bastante activa (Cotrim, 1998).

Reforçando a importância do ensino efectuado aos doentes ostomizados e seus familiares, Rodriguez-Bigas e colaboradores (2007) salientam que uma informação adequada deve incluir informação relativa aos vários tipos de ostomia, marcação do estoma, diferentes equipamentos e materiais e o respectivo reembolso, irritação do estoma e cuidados à pele periestomal.

A informação e a comunicação constituem, assim, uma forma de melhorar o atendimento aos doentes com CCR. Para além destes aspectos, é essencial que exista, por parte dos enfermeiros, uma preocupação crescente face à melhoria dos cuidados que prestam, enfatizando a interacção entre a humanização e a excelência técnica apelando, deste modo, a um novo conceito de cuidados que se fundamente essencialmente nos afectos.

Para atingir estes objectivos é fundamental personalizar o atendimento do doente e família. Assim, Goodman (2000) salienta que o enfermeiro deve ter disponibilidade para estar com o doente, dar-lhe tempo para esclarecer dúvidas e para que toda a informação seja assimilada. Os profissionais de saúde jamais devem esquecer que o doente e família estão assustados e apreensivos, facto que exige do enfermeiro uma atitude essencialmente empática e de escuta (Rodriguez-Bigas et al, 2007).

O cuidar de doentes oncológicos significa cuidar frequentemente de doentes em fase terminal que se confrontam diariamente com a dor e a morte. Esta situação exige do enfermeiro uma formação humana por excelência e um conhecimento profundo dos direitos do doente terminal. Para Serrão (2004) cuidar do doente terminal é entrar no universo do cuidar paliativo, no qual o enfermeiro é chamado a dar uma contribuição qualificada. Esta contribuição implica o respeito pelos direitos dos doentes terminais, sendo esta postura reveladora de uma prestação de cuidados de forma humanizada.

A comunicação é outro dos aspectos fundamentais na relação enfermeiro – doente. *Esta, mais do que uma ferramenta terapêutica a incluir nos planos de cuidados e segundo os modelos mais modernos da literatura profissional, é uma atitude profissional promotora da autonomia, da confiança, da alegria e da felicidade* (Costa, 2004, p.73).

A relação enfermeiro – doente é assim considerada *uma relação de ajuda, na qual o enfermeiro acredita que o doente, independentemente do seu problema de saúde, é o único detentor de recursos básicos para o resolver. Deste modo é fundamental que o enfermeiro desenvolva capacidades que permitam estabelecer e manter a relação de ajuda com os doentes* (Lazure, 1994, p.15).

Relativamente à importância desta relação de ajuda, Costa (2004, p.75) refere que *pode permitir que os doentes reencontrem o seu mundo – o da sua vida, o da sua morte, o da sua independência, o da sua autonomia:*

- *Diminuindo medos e ansiedade face aos problemas;*
- *Ajudando a enfrentar os problemas com clareza (a possível), percebendo que a sua resolução passa pelo seu papel activo;*
- *Encontrando modos de comunicação para os sentimentos e opiniões dos doentes;*
- *Satisfazendo as necessidades fundamentais de ser reconhecido, amado e ter sentido de pertença.*

A mesma autora salienta ainda que uma boa comunicação e relação de ajuda com o doente e sua família são as bases adequadas para o cuidado de enfermagem pois permitem conhecer as necessidades do doente, o grau de

afecção que a doença determinou e prever o processo de adaptação à nova realidade de pós-doença.

De forma a fortalecer o importante papel que todos os profissionais de saúde desempenham na prestação de cuidados ao doente com cancro colorectal, Pereira e Lopes (2002) enfatizam o facto de haver uma ligação íntima entre curar e cuidar, sendo o cuidado entendido como atenção à pessoa, tanto ou mais que à doença, facto que justifica a presença do profissional de saúde junto do doente em fase terminal, tendo em conta o benefício e ajuda que caracterizam a relação terapêutica.

A relação doente – família está também seriamente afectada, tendo em conta a dificuldade sentida pelos familiares perante os seus próprios sentimentos em relação ao doente e à sua doença. Marques e colaboradores (1991, p.43) referem que *as reacções das pessoas que com eles se relacionam são determinadas por dois factores: a) pelos seus sentimentos sobre o doente e a sua doença; b) pelas suas crenças sobre comportamentos mais adequados a tomar na presença do doente.*

Perante estas situações é fundamental que o enfermeiro tenha um papel activo no esclarecimento de dúvidas, na informação e no apoio psicológico a dar aos familiares dos doentes, contribuindo deste modo para fortalecer a relação entre o doente e a família.

2.1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM RELATIVOS A RADIOTERAPIA

Relativamente aos cuidados de enfermagem prestados ao doente submetido a radioterapia salientam-se aqueles que estão directamente relacionados com os seus efeitos adversos. Contudo, é importante referir que a forma como cada indivíduo percepção os sintomas se reveste de uma enorme subjectividade, diferindo significativamente de indivíduo para indivíduo. Esta subjectividade exige ao enfermeiro uma elevada sensibilidade de modo a conseguir adequar os seus conhecimentos e competências às necessidades específicas de cada doente, personalizando assim os cuidados que presta.

Apesar da abrangência dos cuidados de enfermagem, e no que concerne ao doente com cancro colorectal, é de salientar que o papel do enfermeiro se centra, de forma mais efectiva, em algumas áreas, das quais salientamos o ensino, a avaliação e a capacidade de lidar com as toxicidades associadas à

radioterapia e ainda a ajuda prestada ao doente durante o tratamento (Maher, 2000).

A informação, quando insuficiente, contribui para aumentar os problemas relativos ao tratamento, quer ao doente quer à família. Assim, é de referir a importância do enfermeiro no colmatar das lacunas existentes ao nível da informação, de modo a contribuir para uma maior aceitação do tratamento, por parte do doente e família.

Deters (2003) salienta a importância do papel do enfermeiro no dissipar de medos e desfazer de mal-entendidos. Por este motivo, é fundamental que o enfermeiro clarifique e reforce o ensino sobre o número de tratamentos planeados, a área do corpo a ser objecto das radiações e o que é de esperar do doente durante o planeamento preliminar e as sessões de tratamento.

Uma informação adequada permite ao doente ter um papel activo no seu auto-cuidado para além de reduzir significativamente a sua ansiedade e de o ajudar a sentir-se preparado para fazer face ao tratamento (Maher, 2000).

Dar resposta às necessidades do doente relativamente aos sintomas sentidos é um dos maiores desafios colocados ao enfermeiro, no decurso da sua vida profissional. Cuidar de doentes do foro oncológico, submetidos a radioterapia, exige do enfermeiro uma capacidade de observação e avaliação plenamente desenvolvida, para além de uma grande disponibilidade e capacidade de escuta.

O apoio psicológico e a relação de ajuda são duas competências de enfermagem que em muito contribuem para uma melhoria da sintomatologia e uma maior aceitação da situação por parte do doente, tendo em conta que alguns sintomas apresentam um cariz predominantemente psicológico, surgindo por vezes como reacções antecipatórias face ao tratamento.

Faithfull (2003) refere que técnicas comportamentais podem ser eficazes na redução das náuseas induzidas por radioterapia. De entre estas técnicas a autora salienta o relaxamento, a hipnose e a acupunctura.

Um dos efeitos adversos mais comuns é a reacção cutânea. O enfermeiro tem um papel muito importante na prevenção e despiste de complicações severas relacionadas com as alterações cutâneas provocadas pela radioterapia. Maher (2000) refere que uma das principais actividades do enfermeiro é a avaliação destas reacções cutâneas, ensinando ao doente os cuidados cutâneos necessários e o cuidado das alterações quando estas ocorrem.

A higiene da pele, a protecção solar e a aplicação tópica de produtos indicados para o tratamento de feridas são os principais cuidados a ter como forma de evitar o aparecimento de infecções.

Wells & MacBride (2003) salientam a importância de um cuidado cutâneo adequado, enfatizando os seguintes conselhos:

- Lavar delicadamente, usando sabão ou champô sem perfume e água quente;
- Evitar a fricção da pele ao secá-la, preferindo toalhas macias;
- Usar roupas largas e de algodão;
- Usar um creme hidratante durante todo o tempo do tratamento ou quando o eritema surgir;
- Evitar o uso de produtos cutâneos perfumados, desodorizantes e maquilhagem;
- Usar máquina de barbear eléctrica em vez de lamina de barbear;
- Proteger a pele do vento, sol e temperaturas extremas;
- Usar um creme com 1% de hidrocortisona nas áreas afectadas.

A fadiga durante a radiação é subjectiva, quase universal, e é afectada por múltiplos factores, tais como, a extensão da doença, idade, quimioterapia concomitante, perda de peso, dor, anemia e a duração do tratamento de radioterapia (Maher, 2000). A depressão da medula óssea é também apontada como uma das principais causas da fadiga (Deters, 2003).

Maher (2000) refere ainda que os doentes e família devem ser ensinados de que a fadiga é um efeito adverso esperado durante o tratamento e que aumenta quando o doente recebe terapia de modalidade combinada. Os sintomas de fadiga continuam a ser sentidos pelo doente após o desaparecimento dos outros sintomas relacionados com o tratamento.

De forma a diminuir o impacto da fadiga, Graydon e colaboradores (1995) referem que dormir e efectuar algum exercício físico foram identificados pelos doentes como as estratégias mais efectivas na sua redução.

Como forma de realçar a importância deste aspecto, Maher (2000) refere que uma das estratégias apontadas como úteis no tratamento da fadiga é a prática de exercício físico adequado, como por exemplo, andar a pé ou jardinar;

outras estratégias incluem a modificação do esquema terapêutico do doente, correcção de anomalias metabólicas e administração de terapêutica para o tratamento de anemia, depressão ou insónia.

Para além destas estratégias é de salientar a importância de economizar energia, socorrendo-se da ajuda de familiares e amigos para a realização das tarefas diárias, para além de descansar e dormir o suficiente.

O apoio psicológico e as técnicas de redução de stress actuam de forma eficaz na redução dos sintomas relativos à fadiga. Forester e colaboradores (1985) citados por Faithfull (2003) enfatizam o resultado de um estudo por eles efectuado, no qual verificaram que os doentes que receberam psicoterapia apresentavam níveis de fadiga significativamente menores do que os doentes do grupo de controlo.

A mielosupressão é outro dos efeitos adversos da radiação. A medula óssea é altamente radiosensível, pelo que a lesão da medula óssea ocorre com qualquer dose de radiação (Maher, 2000). Em consequência desta mielosupressão o doente fica sujeito a infecções frequentes sendo a intervenção do enfermeiro fundamental na prevenção e/ou despiste precoce de possíveis complicações.

2.2. CUIDADOS DE ENFERMAGEM RELATIVOS À QUIMIOTERAPIA

O cuidar do doente com cancro constitui um desafio constante para os profissionais de saúde, que lidam diariamente com novas drogas e novas abordagens, às quais têm de se adaptar e com as quais têm que saber lidar. Também a ciência está em constante alteração na tentativa de aumentar a sobrevivência dos doentes com cancro, bem como a sua qualidade de vida.

O doente submetido a tratamento quimioterápico está sujeito a um elevado risco de infecção provocado pelo efeito supressor que a quimioterapia exerce sobre a medula óssea. Em presença deste problema, o papel do enfermeiro tem como objectivo a prevenção da infecção, através da manutenção da integridade cutânea e das membranas mucosas, bem como através da diminuição do tempo de exposição às infecções efectuando um diagnóstico precoce e actuando atempadamente, se a infecção ocorre (Wilkes, 2001).

Perante o doente com anemia, o enfermeiro deve estar alertado para a ocorrência dos principais sinais e sintomas, tais como, aumento da frequência cardíaca, respiração profunda, como forma de aumentar a oxigenação dos tecidos, palidez da pele e mucosa, etc, de forma a ensinar o doente a minimizar a fadiga e a identificar precocemente os sintomas.

Relativamente às náuseas e vômitos o enfermeiro deve iniciar a sua actuação antes da administração terapêutica, de modo a prevenir o aparecimento de possíveis complicações. Deste modo, deve avaliar e corrigir, se necessário, o estado hidroelectrolítico do doente, à priori da administração terapêutica (Wilkes, 2001).

A ansiedade deve também ser minimizada através da utilização de uma comunicação empática e assertiva e da relação de ajuda. O seu uso deve ter como objectivo averiguar a existência de preocupações relativas ao tratamento e ainda proporcionar distracção apropriada para o doente, de forma a reduzir ao máximo o impacto do tratamento na sua qualidade de vida.

O enfermeiro deve assim orientar toda a sua actuação no sentido da prevenção de náuseas e vômitos, da diminuição da ansiedade, do aumento do conforto e da promoção do auto-cuidado, com vista a facilitar a adaptação e tolerância do doente ao tratamento, melhorando assim a sua qualidade de vida.

Quanto à diarreia induzida pela quimioterapia, Camp-Sorrell (2000) afirma que os doentes podem referir cólicas abdominais e urgência rectal, as quais podem evoluir para diarreia nocturna ou incontinência fecal, que por sua vez conduz a letargia, fraqueza, hipotensão ortostática e desequilíbrio hidroelectrolítico. Sem um controle adequado, a diarreia prolongada causará desidratação, deficiente absorção nutricional e colapso circulatório.

De forma a salientar a importância da diarreia na qualidade de vida do doente submetido a quimioterapia, Wilkes (2001) refere que algumas das mais importantes sequelas potenciais da diarreia incluem a má nutrição, desequilíbrio hidroelectrolítico, desconforto abdominal (dor), irritação da mucosa perianal e fadiga. Neste âmbito, e tendo em conta a necessidade de uma actuação atempada e eficaz, a mesma autora salienta que o papel do enfermeiro deve incidir 1) na educação do doente relativamente aos cuidados a ter com a sua alimentação,

+
dando preferência a alimentos hipercalóricos, hiperproteicos, baixo índice de resíduos, eliminação de alimentos irritantes e ingestão abundante de líquidos; 2) na monitorização do equilíbrio hidroelectrolítico, fazendo a sua reposição adequada e atempada, em caso de necessidade; 3) providenciar uma higiene escrupulosa da região perianal, ensinando o doente a autocuidar-se, sempre que o seu estado de saúde o permita; e 4) administrar a medicação prescrita, de modo a melhorar ou tratar a diarreia.

A implicação do doente no seu tratamento e uma adequada educação para a saúde perante os efeitos adversos dos tratamentos são fundamentais, uma vez que a administração quimioterápica ocorre com o doente em regime de ambulatório. Baseado nestes pressupostos Hawthorn (2000) salienta que a maioria da toxicidade do tratamento, em especial a fadiga, a depressão da medula óssea e a mucosite ocorrem quando o doente está em casa, pelo que é importante que tanto o doente como os seus prestadores de cuidados saibam lidar com estes efeitos secundários. A depressão da medula óssea deixa o doente susceptível a infecções que podem rapidamente levar a uma septicemia perigosa para a vida. De forma idêntica, a diarreia deve considerar-se um efeito grave. Por este facto o doente deve ser elucidado sobre a urgência de comunicar ao médico o aparecimento de qualquer sintoma.

Wilkes (2001), refere ainda que a intervenção do enfermeiro, no que respeita à quimioterapia, começa antes da sua administração, com uma avaliação do doente, relativamente ao estado da cavidade oral e factores de risco, tais como, hábitos tabágicos, consumo de álcool, doenças periodontais, higiene oral deficiente, mau estado nutricional e tratamentos com radioterapia concomitantemente.

Como forma de salientar a abrangência dos cuidados de enfermagem e a sua importância no cuidado ao doente com cancro, Hawthorn (2000) salienta que uma função importante dos enfermeiros é controlar e registar as toxicidades. Quando se produz uma toxicidade, pode ser necessário reduzir a dose de quimioterapia ou interromper o tratamento por completo durante um curto período, para que a situação se resolva. A neutropénia pode deixar o doente vulnerável a infecções graves e a combinação da neutropénia com a toxicidade gastrointestinal pode pôr em perigo a vida do doente. As possíveis toxicidades associadas com qualquer fármaco podem descrever-se e estas variam segundo as características do doente. Os doentes mais idosos, com a função renal reduzida,

e os que têm doença metastática, têm um risco mais elevado. Sem dúvida, há que recordar sempre que pode dar-se certa toxicidade com qualquer fármaco em qualquer doente, pelo que os enfermeiros devem estar alerta.

2.3. CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE OSTOMIZADO

São vários os factores que influenciam a qualidade de vida do doente ostomizado. De entre estes salientam-se a capacidade de se auto cuidar como um dos aspectos mais importantes para a sua independência na realização das actividades diárias. Esta capacidade depende, em grande parte, da localização da ostomia. Assim, Ortiz e colaboradores (1994a) e Thorson (2004) referem que alguns dias antes da cirurgia deve ser seleccionado o local no qual irá ser efectuada a ostomia, em conjunto com o doente. Deve verificar-se se:

- A pele em volta do futuro estoma está livre de alergias;
- O local não coincide com a cintura, umbigo, púbis, proeminências ósseas e crista ilíaca;
- O doente vê o local e consegue cuidá-lo com facilidade;
- O estoma fica situado abaixo da ferida operatória;
- O local escolhido não coincide com a existência de pregas cutâneas ou cicatrizes;
- O local não fica próximo da arcada costal.

Para Habr-Gama e Araújo (2001, p.42) *a selecção do local do estoma no período pré-operatório tem fundamental importância e deve ser enfatizada, sendo possível a sua realização mesmo para os doentes a serem operados em situações de urgência.*

Pela enorme importância dada à qualidade de vida dos doentes nos últimos anos, é fundamental preparar o doente o mais precocemente possível para a sua reinserção social e familiar, de forma autónoma e independente. Deste modo, considera-se que o tempo dispendido pelos enfermeiros, junto de cada doente, no período pré-operatório, pode ter um impacto significativo no aumento da sua qualidade de vida.

Também Thorson (2004) considera que o melhor caminho para atingir o objectivo de maximizar a qualidade de vida do doente após a cirurgia é efectuar uma adequada preparação pré-operatória. Esta preparação inclui o aconselhamento do doente numa perspectiva realista, a correcção de mitos e falsas concepções, a marcação antecipada do estoma para minimizar complicações relacionadas com a deficiente aplicação do dispositivo e perda de conteúdo fecal, e providenciar suporte adequado no período pós-operatório.

Para além da importância dos aspectos atrás referidos, o enfermeiro desenvolve um conjunto relevante de actividades relativamente à educação para a saúde do doente ostomizado. Estas actividades têm como objectivo a prevenção ou despiste precoce das inúmeras complicações que podem surgir.

Neste sentido, Ragué e colaboradores (1999) referem que nos casos de cirurgia com formação de ostomia, os problemas secundários a um defeito na técnica representam 40% das complicações. No entanto, não podem ser esquecidas as complicações relacionadas com a dificuldade de manejo do estoma, a aceitação da nova situação, a negação da doença e/ou do estoma, o afastamento social e familiar e o isolamento, as quais apresentam um enorme impacto na qualidade de vida do doente.

Deste modo, e de forma a promover uma melhor aceitação da alteração que um estoma impõe, o enfermeiro deve fornecer ao doente um conjunto de conselhos relacionados com o seu funcionamento, reforçando as informações dadas inicialmente pelo cirurgião. Na opinião de Thorson (2004), o enfermeiro deve reforçar as indicações dadas pelo cirurgião quer em termos do próprio tratamento, quer em termos dos riscos e potenciais complicações, tais como, disfunção da bexiga e sexual, eritema da pele periestomal, hérnia periestomal e prolapso do estoma, entre outras. O mesmo autor salienta ainda que esta informação representa um importante passo no alcance dos objectivos relativos à qualidade de vida e à diminuição das complicações após cirurgia, sendo a sua ausência, uma das maiores limitações à reabilitação do doente ostomizado.

Quanto às alterações da imagem corporal provocadas pelo tipo de cirurgia ou como consequência dos vários tratamentos a que o doente é submetido, salientamos o importante papel do enfermeiro no ensino e no suporte emocional, permitindo ao doente a verbalização das suas dúvidas e receios.

Relativamente a estes aspectos Hawthorn (2000) refere que os doentes a quem foi construído um estoma necessitam de sessões práticas especiais para lhes ensinar como cuidar do seu estoma, e também de apoio psicológico para facilitar a sua adaptação relativamente à alteração da imagem corporal e da sexualidade, entre outras. Rodriguez-Bigas e colaboradores (2007) salientam que a não aceitação da ostomia é uma das maiores barreiras à reabilitação do doente conduzindo por vezes à hipótese de suicídio.

Também Santos e Cesaretti (2001) aludem à ocorrência de dois estigmas sociais conjuntos: cancro e ostomia, em aproximadamente 90% dos doentes ostomizados, salientando ainda que o impacto desta experiência não afecta somente o doente mas toda a família e amigos mais significativos.

Tendo em conta que o doente está perante uma situação geradora de *stress*, a sua capacidade para assimilar informação reduz significativamente, sendo necessário que o enfermeiro tenha em consideração determinados aspectos como forma de facilitar a aprendizagem do doente promovendo deste modo a sua qualidade de vida.

Parafraseando Hawthorn (2000), o enfermeiro deve:

- Proporcionar pequenos períodos de educação, complementados com informação escrita sempre que possível;
- Inteirar-se da quantidade de informação que o doente já possui;
- Tentar colmatar as necessidades educativas do doente;
- Dar oportunidade ao doente para formular questões;
- Ensinar-lhe o que ele quer saber, não o que o enfermeiro acha que ele deve saber;
- Evitar a linguagem técnica usando uma linguagem adequada ao nível educativo e emocional do indivíduo;
- Comprovar que o doente compreendeu tudo o que lhe foi dito;
- Dar tempo ao doente para assimilar a informação;

-
- Estar disponível para proporcionar mais informação e esclarecimentos durante o curso da doença e tratamento.

Para uma melhor assimilação de toda a informação é importante que o enfermeiro tenha presente que a educação é um processo gradual e que deve ser efectuada não só ao doente mas também à família, como forma de promover a sua melhor sedimentação e um maior envolvimento da família em todo o processo terapêutico.

Para terminar, salienta-se ainda a importância de considerar o doente como um todo, numa perspectiva holística, não esquecendo que a sua reabilitação não estará completa sem que os problemas relativos às suas dimensões física, emocional, sexual, social e psicológica estejam identificados e resolvidos.

CAPITULO 3. QUALIDADE DE VIDA DO DOENTE COM CANCRO COLORECTAL

CAPÍTULO 3. QUALIDADE DE VIDA DO DOENTE COM CANCRO COLORECTAL

A introdução da qualidade de vida como um objectivo a alcançar no campo da saúde, resultou de uma consciencialização crescente por parte dos profissionais de saúde em relação à importância da qualidade do tempo que se vive, em detrimento da sua quantidade, não sendo suficiente curar a doença ou prorrogar a morte.

Um dos factores que mais contribuiu para esta mudança de paradigma deve-se ao vertiginoso progresso tecnológico, o qual permite o prolongamento da vida, por vezes com um custo muito elevado, em termos das graves limitações e incapacidades que impõe.

Para além deste aspecto, muito tem contribuído para esta mudança a crescente sensibilização dos profissionais de saúde pela humanização e personalização dos cuidados, surgida como consequência da insatisfação dos profissionais perante o modelo biomédico, o qual foi durante várias décadas o modelo orientador da prestação de cuidados. A tónica recai agora sobre a pessoa como um fim em si mesma, sendo considerada o centro dos cuidados, na sua globalidade.

Relativamente aos doentes com CCR, a observação da sua qualidade de vida é um valioso instrumento que permite detectar a eficiência dos cuidados prestados pela equipa de saúde desde o momento do diagnóstico, quer a nível dos cuidados físicos quer a nível dos cuidados psicológicos, revestindo-se estes últimos de enorme importância no caso de doentes portadores de doenças crónicas, como é o caso dos doentes neoplásicos.

Definir qualidade de vida é difícil, visto que cada indivíduo interioriza de uma forma muito particular o que é para si este conceito, daí resultando uma multiplicidade de respostas e opiniões. Rizzo e Spitz (2002, p.283) referem que *o conceito qualidade de vida é um conceito vasto que pode ser definido de numerosas formas, podendo compreender os hábitos de vida, os estilos de vida e os índices de saúde. Ele é o produto da interacção de um certo número de*

factores psicológicos, ligados à saúde, sociais, ambientais, económicos, políticos, etc.

Contudo, para a maioria, Qualidade de Vida corresponderá à satisfação das necessidades, percebidas pelos indivíduos ou grupos, não lhe sendo igualmente negadas oportunidades, para o alcance de um estado de felicidade e realização pessoal, na procura de uma existência com uma qualidade que se sobrepõe a uma mera sobrevivência (Ministério da Saúde, 1993).

Por sua vez Dunn e colaboradores (2003), citando a Organização Mundial de Saúde, definem qualidade de vida como a percepção de cada um perante a sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores no qual vivem e em relação com os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito abrangente, afectado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, crenças pessoais, relações sociais e pela sua relação com as características mais relevantes do ambiente.

Também Burckhardt citado por Padilla e Grant (1985), definem qualidade de vida como um resultado composto pelo grau como cada um percebe como boa a sua qualidade de vida, considera a sua vida satisfatória, refere bem-estar individual, tanto a nível físico como material, tem boas relações com os outros, tem capacidade para participar em actividades sociais, comunitárias ou cívicas e apresenta desenvolvimento, realização e recreação pessoal.

Pela análise das definições citadas anteriormente verifica-se a complexidade e subjectividade da definição de qualidade de vida. Estas características provêm do facto de haver interferência de um elevado número de factores na qualidade de vida de cada indivíduo. Dunn e colaboradores (2003) referem que existe um determinado número de factores que interferem mais significativamente na qualidade de vida dos doentes com CCR, sendo que esses factores se podem agrupar em cinco largas categorias: características demográficas, descrição da doença, tempo desde o diagnóstico, apoio recebido e estilo de vida.

Quanto às **características demográficas** os autores salientam que uma pequena mas clara evidência emerge da literatura descrevendo o efeito das características demográficas, tais como a sexo e a idade, sobre a qualidade de

vida dos doentes com CCR. Assim, alguns estudos apresentados demonstraram que existe melhor adaptação psicossocial em doentes do sexo masculino com cancro do cólon do que em doentes do sexo feminino; contudo, doentes do sexo feminino mostraram ter melhor bem-estar interpessoal do que os homens. Quanto à idade, outros estudos concluíram que as alterações impostas pela doença são mais significativas em doentes mais jovens do que em doentes mais idosos e que os doentes mais jovens, com cancro rectal, sentem-se mais estigmatizados do que os doentes mais idosos.

Relativamente à **descrição da doença**, os mesmos autores referem ainda que o estadio e o local do cancro colorectal estão inerentemente associados com a subsequente qualidade de vida, tendo em conta que os mesmos determinam os sintomas, qual a modalidade de tratamento que irá ser usada e ainda a duração do tratamento. Assim, os doentes que requerem uma colostomia permanente apresentam uma mais baixa qualidade de vida relativamente aos factores sociais, tais como, emprego, actividades de lazer e função sexual. Outro estudo citado pelo autor refere que os doentes com estoma têm inicialmente problemas significativos, em especial em relação ao trabalho e função sexual, sendo que estes problemas diminuem durante o decurso do 1º ano após cirurgia.

A terapia adjuvante intervém, de igual modo, na qualidade de vida dos doentes com CCR. Os doentes podem sentir, para além do desconforto físico, reacções de desajuste psicológico, como ansiedade, pânico e depressão, como resultado de reacções adversas e complicações relacionadas com o curso do tratamento. A toxicidade destes tratamentos é um importante factor que afecta, de forma significativa, a qualidade de vida do doente. Os autores referem que para os doentes com CCR em estadio avançado, a qualidade de vida do doente está muito dependente do controle da dor.

Outra categoria referida é o **tempo que decorreu desde o diagnóstico**. A passagem do tempo aparece como um factor importante no aumento da qualidade de vida, possivelmente devido à redução das alterações vivenciadas pelo doente e relacionadas com a doença, ou talvez devido ao ajuste do doente perante a própria doença. Relativamente a este aspecto os autores apontam um estudo no qual foi mostrada uma associação positiva entre a qualidade de vida e o tempo desde o diagnóstico. Este aumento foi mais evidente no domínio psicossocial, embora se tenha feito sentir algum aumento nas outras áreas, com excepção da sexualidade, a qual permanece idêntica.

Quanto ao **suporte recebido** é de salientar o suporte dado pelo parceiro, família, amigos e profissionais de saúde como um factor significativo no aumento da qualidade de vida. A relação entre os doentes com CCR e a sua família, em particular os cônjuges, está relacionada com a sua qualidade de vida, sendo que os doentes que vivem sozinhos apresentam mais baixo bem-estar do que os doentes que vivem com a família.

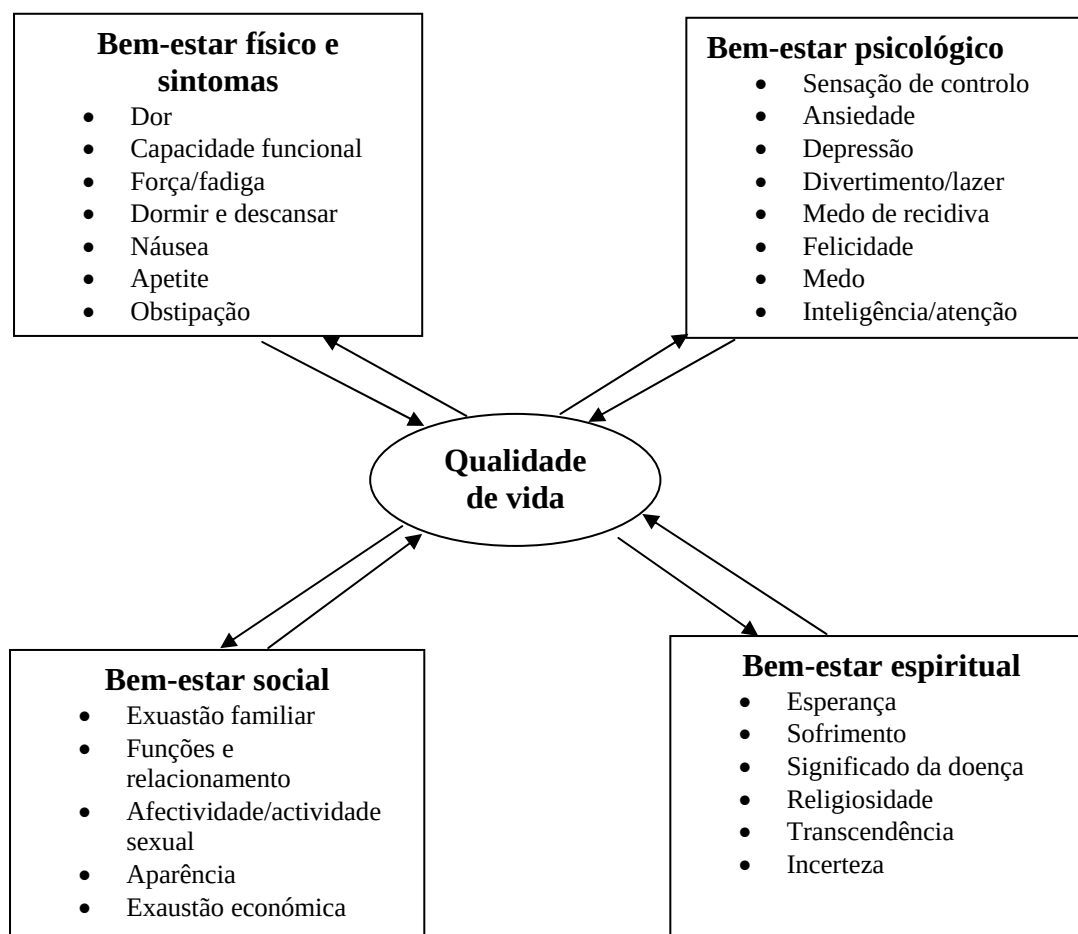
Relativamente aos **estilos de vida** e ao exercício físico em particular, considera-se que pode representar um importante papel no aumento da qualidade de vida dos doentes com cancro colorectal. Os autores referem que o exercício físico mostrou aumentar a qualidade de vida do doente relativamente a um vasto conjunto de factores, incluindo o bem-estar físico, psicológico e social (Dunn et al., 2003).

Viver uma vida com qualidade é sem dúvida um dos objectivos essenciais de qualquer indivíduo. Contudo, quando no seu percurso vivencial, este se cruza com uma situação de doença oncológica, os sentimentos de perda e dor são de tal forma avassaladores que a esperança e a vontade de lutar desaparecem do seu horizonte. É neste contexto que a relação terapêutica se reveste de enorme importância, tendo como objectivo a melhoria ou, se possível, o restabelecimento da vontade de lutar e da força necessária para fazer face à doença.

Faithfull (2003) refere que a Qualidade de vida é usualmente descrita em função de 4 dimensões: física, psicológica, social/desempenho de funções e sintomas. Assim, a autora refere que a avaliação da qualidade de vida incorpora, não só os aspectos funcional e físico relativos à doença, mas também a percepção do próprio indivíduo acerca do seu bem-estar tendo também em conta a existência de um nível básico de satisfação acerca da sua condição.

Ferrel e Grant (2003) enfatizam, de igual modo, a existência de importantes domínios relativos à qualidade de vida, dos quais salientam o bem-estar físico, o bem-estar psicológico, as preocupações sociais e o bem-estar espiritual.

Figura 1.3. Modelo conceptual de Qualidade de vida



Fonte: Modelo de qualidade de vida. In: Ferrel, B., Dow, H., Grant, M. (1995). Measurement of the quality of life in cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 22(6), 523-531.

As mesmas autoras referem ainda que perturbações na situação física e a ocorrência de sintomas físicos têm um impacto profundo e directo em todos os outros domínios. Problemas físicos, tais como sintomas incontrolláveis ou diminuição da capacidade funcional, perturbam o bem-estar psicológico, criando uma enorme ansiedade, depressão e frustração no doente.

Os sintomas físicos representam ainda uma enorme ameaça para o cumprimento das obrigações sociais do doente, família e amigos, nomeadamente para aqueles que assumem de forma mais efectiva as actividades cuidativas, em particular o controle dos sintomas (Ferrel & Grant, 2003).

Um agravamento da condição física do doente altera de forma directa a sua espiritualidade, tendo em conta que, quando o doente vivencia o sofrimento e a proximidade da morte, aumentam as suas necessidades espirituais.

Relativamente ao doente com cancro, são vários os factores apontados como determinantes para a sua qualidade de vida. Assim, os factores considerados mais importantes são o bem-estar psicológico, seguido do bem-estar físico e do controle dos sintomas (Padilla & Grant, 1985).

Faithfull (2003) salienta que os sintomas físicos contribuem, de forma óbvia, para a qualidade de vida, mas são meros componentes, que aumentam ou diminuem o distresse. As crenças culturais, o significado da doença e aspectos do bem-estar emocional e social são a chave para influenciar as percepções do doente no que refere à sua qualidade de vida, sendo estes aspectos muito mais difíceis de avaliar.

No que concerne à qualidade de vida dos doentes com cancro colorectal, Ramsey e colaboradores (2000) salientam que esta é geralmente afectada pelo impacto da própria doença e pelos tratamentos a que o doente é submetido.

Vários estudos apontam para o facto da *qualidade de vida ser directamente influenciada por dimensões cognitivo-emocionais, tais como, auto-estima, atitude negativa face à doença, suporte percebido, controlo interno sobre a saúde e imagem corporal. Sendo que a manipulação de alguns factores físicos como a dor ou o compromisso físico podem não ter um impacto directo na qualidade de vida* (Padilla & Grant, 1985, p.52).

Contudo, as alterações impostas pela doença oncológica, no dia a dia do doente, exigem da parte deste um esforço acrescido na tentativa de uma melhor adaptação e aceitação perante a sua nova condição. É frequente os doentes sentirem incapacidade para lidar de forma eficaz com tão drásticas alterações.

Perante tais limitações é necessária uma atenção e um esforço redobrado por parte dos profissionais de saúde, de modo a proporcionar a estes doentes uma recuperação, o mais rápida e efectiva possível. No que refere aos doentes ostomizados verificou-se que a sua reabilitação foi amplamente reforçada quando estes foram visitados em casa ou no hospital por ostomizados reabilitados. Os benefícios destas visitas apresentaram um valor incalculável relativamente a darem ao novo ostomizado uma atitude positiva perante as suas limitações e promovendo-lhe o optimismo necessário para o seu retorno à sociedade (Kirkpatrick, 1980).

Matos e Pereira (2002, p.49/50) apontam como possíveis recomendações para a manutenção de uma vida com qualidade, as seguintes:

- *Tirar diariamente um ou dois momentos para relaxar, respirar fundo e centrar-se em ficar relaxado e tranquilo;*
- *Tirar algum tempo durante a semana para si para fazer as actividades que lhe dão prazer;*
- *Manter um equilíbrio entre momentos de trabalho e de diversão;*
- *Reduzir a fadiga e desfrutar de pelo menos oito horas de sono;*
- *Manter uma prática desportiva regular sempre que possível (ex.: duas a três vezes por semana durante meia hora);*
- *Ter uma alimentação saudável e diversificada;*
- *Reduzir o consumo de álcool e tabaco;*
- *Manter relações próximas que proporcionem suporte, sensação de pertença, confiança, segurança e partilha;*
- *Identificar objectivos que os doentes querem alcançar e realizar de forma a tornar a vida gratificante.*

O recurso a uma colostomia surge, na grande maioria dos casos, em consequência da existência de um tumor na parte inferior do recto, o que implica efectuar uma ressecção abdominoperineal. Contudo, e apesar de serem conhecidas as limitações impostas ao doente pela existência de uma ostomia, existe uma grande heterogeneidade nos resultados dos estudos efectuados. Cohen e McLeod (2004) referem que a maior parte da literatura encontrada aponta para o facto de ambos os doentes submetidos a cirurgia por cancro colorectal, com ou sem colostomia, terem experimentado limitações nas 4 áreas mais significativas da qualidade de vida: física, psicológica, social e funcionamento sexual.

Relativamente aos aspectos físicos apontam-se como problemas mais comuns a obstipação nos ostomizados, e, a dificuldade em controlar a saída de fezes e a frequência das dejectões, nos doentes aos quais foi efectuada cirurgia com preservação de esfíncteres. Por sua vez, os problemas psicológicos, tais como baixa auto-estima, depressão, solidão, pensamentos suicidas e sentimentos de marginalização, foram encontrados em ambos os doentes, sendo mais significativos nos doentes ostomizados (10 - 54%) quando comparados com os doentes não ostomizados (3 - 43%) (Cohen & McLeod, 2004).

Krouse e colaboradores (2006) referem que as actividades sociais sofrem de igual modo alterações, observando-se restrições em ambos os grupos de doentes. Contudo, e na opinião de Cohen e McLeod (2004), os doentes portadores de ostomia demonstram um interesse mais reduzido pelas actividades fora de casa. Com respeito ao funcionamento sexual, 66 – 100% dos doentes ostomizados, do sexo masculino, referiram alguma disfunção sexual, sendo esta percentagem de 30 – 75% nos doentes submetidos a cirurgia em que houve preservação de esfíncteres. Quanto às doentes do sexo feminino com ostomia verificou-se a presença de dispareunia, diminuição dos orgasmos e menor frequência de relações sexuais.

Para além da ostomia, outros aspectos do tratamento do CCR, nomeadamente a cirurgia e os tratamentos adjuvantes (quimioterapia e radioterapia), apresentam um acentuado impacto a longo prazo, na qualidade de vida do doente e família, sendo que esta alteração está fortemente relacionada com a sintomatologia associada ao tratamento do cancro.

Faithfull (2003) refere que os sintomas físicos contribuem largamente para a qualidade de vida, mas são meros componentes que aumentam ou diminuem o mal-estar e o desconforto. As crenças culturais, o significado da doença e os aspectos relativos ao bem-estar emocional e social são a chave para influenciar os doentes no que respeita à percepção que têm da sua qualidade de vida. No entanto, estes aspectos são muito difíceis de avaliar.

Pelas alterações significativas observadas nas várias dimensões da qualidade de vida do doente ostomizado, tem-se verificado um esforço constante por parte de diversas entidades em criar mecanismos de apoio a que doentes e profissionais possam ter acesso. Surge assim a Associação Portuguesa de Ostomizados, cujos objectivos são, entre outros:

- **Promover a informação** com vista a uma adequada reabilitação das pessoas que tenham sido submetidas a cirurgia da qual resultou uma ostomia;
- **Colaborar** com as classes médica e paramédica e instituições adequadas na reabilitação social dos ostomizados;

-
- **Prestar assistência** e apoio aos ostomizados, designadamente promovendo visitas a novos ostomizados, prestando-lhes assistência moral e às suas famílias;
 - **Promover a formação** de grupos locais de ostomia para que o seu auxílio esteja ao alcance de todos os ostomizados
 - **Encorajar** e manter troca de ideias e métodos para promover a reabilitação dos ostomizados (Associação Portuguesa de Ostomizados, 2004).

3.1. MORBILIDADE PSICOLÓGICA

O diagnóstico de cancro tem sérias repercussões psicológicas tendo em conta o cariz traumático que o acompanha. O seu carácter súbito, imprevisível e incontroável, constitui uma ameaça para a integridade psíquica do indivíduo (Perez & Galdón, 2002). Para além destes factores acrescem ainda os aspectos relacionados com a rigorosidade e duração prolongada dos tratamentos. A estes vêm associar-se os seus efeitos adversos, que, de um modo geral, conduzem a um estado de grande debilidade física e psíquica.

Para além destes aspectos, salientam-se a expressão preocupada do médico, as atitudes da família e amigos, a antecipação de eventuais mutilações devidas à patologia, que vêm reforçar o impacto emocional, manifestado, de modo geral, por reacções de medo, elevados níveis de ansiedade, sintomas depressivos e dor (Marques et al., 1991).

O cancro causa ansiedade e depressão em mais de um terço dos doentes, afectando também os seus familiares emocional, social e economicamente (Marks et al., 2005). Também Perry e Burgess (2004) salientam que aproximadamente 25 a 40% dos doentes com cancro apresentam alterações do humor com gravidade suficiente para necessitarem de tratamento médico, sendo a sua ocorrência mais comum nas semanas seguintes ao diagnóstico.

Twycross (1999) citado por Pereira & Lopes (2002) refere que cerca de 10% dos doentes têm uma perturbação mental identificável. Os mesmos autores citando Evans e Connis (1995) salientam os resultados de um estudo no qual se observou que 80% dos sujeitos avaliados se encontravam no ponto de corte para a depressão clínica sendo que os restantes achados apontavam para que a depressão nestes doentes fosse a regra e não a excepção.

Associado ao diagnóstico de cancro pesa ainda o facto de pairar sobre o doente o espectro contínuo de uma possível recidiva. Há ainda a referir que determinados cancros, por interferirem com a imagem corporal, como é o caso do CCR com recurso a ostomia, agravam de forma particular as alterações psicológicas que o diagnóstico de cancro acarreta. Estas alterações apresentam-se sob diversas formas, sendo a resposta de cada indivíduo bastante variável. Contudo, salientam-se como mais comuns a ansiedade e a depressão.

Marques e colaboradores (1991, p.105) salientam que *o confronto com uma doença grave constitui para o doente, assim como para a família e amigos, um acontecimento de vida indutor de elevados níveis de stress.*

Relativamente aos doentes que são sujeitos a ostomia, a maioria das alterações que se verificam a nível psicológico são consequência da conotação negativa que as caracterizam, e derivam muitas vezes das próprias crenças dos indivíduos. Dentro destas alterações podem apontar-se como mais relevantes, o isolamento social e a diminuição da auto-estima. Contudo, existem estudos que mostram que os doentes oncológicos podem apresentar uma avaliação relativamente positiva da sua vida. O facto de viver uma experiência negativa pode levar o indivíduo a modificar os seus valores, de modo a melhorar a sua qualidade de vida. É comum certas dimensões da qualidade de vida, como por exemplo as relações familiares, serem melhoradas, ao contrário de outras, como por exemplo a vida profissional, à qual é dada menor importância (Rizzo & Spitz, 2002).

Os mesmos autores referem ainda que a avaliação da qualidade de vida é influenciada pela evolução pessoal, a modificação dos valores, a reavaliação da situação e os factores afectivos.

Muitos dos doentes ostomizados sentem insegurança, têm medo de ver reduzidas as actividades sociais que exerciam antes da cirurgia, e consideram-se, eles próprios, excluídos da sociedade (Kirkpatrick, 1980).

Pereira e Lopes (2002, p.22) citando Haynal, Pasin e Archinard (1998) salientam que *embora alguns doentes consigam adaptar-se bem à doença, nem todos reagem bem ao diagnóstico de cancro, sendo as respostas emocionais mais comuns a ansiedade e a depressão, incluindo a expressão de sentimentos de medo, raiva, revolta, desesperança, culpa e pensamentos suicidas. Estas respostas emocionais muitas das vezes são acompanhadas de sintomas físicos de fadiga, perturbações do sono, sexuais e alimentares.*

Uma das mais importantes estratégias para lidar com as alterações psicológicas relacionadas com o cancro é o suporte social. Como tal, é fundamental que o doente procure apoio dos familiares e amigos, colegas e vizinhos, de modo a facilitar a sua adaptação às alterações impostas pela doença.

A importância do suporte social advém do impacto que este tem em termos de recuperação de saúde física, contribuindo para a redução da duração e dos efeitos da doença (Bloom, Kang e Romano, 1991).

Outra das estratégias está relacionada com a fé e as crenças de cada um. Se o doente pertence a um grupo religioso encontra frequentemente apoio junto dos restantes elementos do grupo. Ainda durante o internamento hospitalar é possível programar um encontro com o representante da sua religião, de modo a poder proporcionar ao doente ajuda na sua capacidade de lidar com o diagnóstico.

3.1.1. ANSIEDADE

O confronto com uma doença grave, nomeadamente o cancro, constitui para o doente e família, um acontecimento de vida indutor de elevados níveis de *stress*. O diagnóstico e o tratamento, no qual está incluída a quimioterapia, são susceptíveis de provocar um forte impacto emocional, alterações comportamentais, podendo mesmo surgir quadros psiquiátricos (Marques et al., 1991).

A ansiedade é uma resposta adaptativa do organismo ante a percepção de qualquer perigo. *Esta caracteriza-se por um conjunto de respostas fisiológicas, vivenciais, comportamentais e cognitivas, que se distinguem por um estado de activação e alerta perante um sinal de perigo ou uma ameaça à integridade física ou psicológica* (Ruiz et al., 2000, p.4).

A doença oncológica surge, neste contexto, como uma ameaça à integridade física de qualquer indivíduo, logo, a ansiedade é uma das primeiras alterações psicológicas a manifestarem-se no doente com cancro. *Esta está muitas vezes relacionada com a incerteza, o medo do futuro e com a ameaça de separação dos entes queridos. Pode apresentar-se na forma de queixas de sofrimento emocional subjectivo, estendendo-se de uma sensação de incómodo ou ameaça até ataques de pânico*, (Pereira & Matos, 2002, p.66).

Após uma exaustiva revisão sobre o significado da palavra ansiedade, Lewis (1979) considera as seguintes características como as mais significativas:

1. É um estado emocional relacionado com a experiência subjectiva de medo ou outra emoção relacionada, como terror, horror, alarme, pânico;
2. A emoção é desagradável, podendo ser uma sensação de morte ou colapso eminente;
3. É direccionada em relação ao futuro e tem implícita a sensação de um perigo eminente. Contudo, não há um risco real, ou se houver, a emoção é desproporcionalmente mais intensa;
4. Há desconforto corporal subjectivo durante o estado de ansiedade, sendo os principais sintomas a sensação de aperto no peito, na garganta, dificuldade em respirar, tremores, fraqueza nas pernas, e outras sensações subjectivas.

Para além da doença, também as decisões acerca dos tratamentos podem ser geradores de ansiedade, tendo em conta o conhecimento dos elevados riscos que uma escolha incorrecta acarreta. Nestas situações o doente pode expressar a sua ansiedade através de agressividade direccionada para os profissionais de saúde, pela incapacidade que estes apresentam em dar garantias acerca do sucesso do tratamento (Perry & Burgess, 2004).

Apesar da ansiedade ser uma reacção natural, presente em todos os indivíduos, em maior ou menor grau, ao longo da vida, e que permite ao organismo fazer face a situações de stress, para o doente oncológico o seu aparecimento vai agravar o mal-estar físico característico da maior parte das doenças oncológicas.

Wilson e colaboradores (2007) salientam que existem vários estudos cujos resultados evidenciam uma forte relação entre a ansiedade e a depressão dos doentes com cancro e a presença de dor, fraqueza, fadiga e diminuição do estado funcional.

O impacto causado pela presença de uma doença neoplásica pode ser severamente agravado quando o seu tratamento impõe ao doente a formação de uma ostomia. Na opinião de Northouse e colaboradores (2000) os doentes com ostomia apresentam mais *distress* (*stress* prejudicial) emocional, restrições na

sua função social e problemas sexuais quando comparados com os doentes sem ostomia.

Vários estudos apontam para o facto da recuperação física ser influenciada pelo diagnóstico, complicações pós-operatórias, cuidados médicos no momento da alta e duração do internamento e estar correlacionada negativamente com a ansiedade e depressão (Matsushita et al., 2005).

De acordo com Carlson e Bultz (2003) estima-se que 20% dos doentes com cancro necessitam de ajuda psiquiátrica por depressão ou ansiedade, num qualquer momento do seu percurso de doente.

Pela importância do impacto da ansiedade no bem-estar do doente, torna-se imperiosa uma actuação atempada e directa por parte dos profissionais de saúde, com vista a uma diminuição dos níveis de ansiedade.

Marques e colaboradores (1991), citando Derogatis e colaboradores (1983) salientam que num estudo efectuado em doentes com cancro encontraram-se 50% de respostas normais ao cancro (variando entre as diversas tonalidades emocionais da depressão à negação); os restantes 50% tinham maioritariamente distúrbios de ajustamento com sintomas ansiosos e/ou depressivos. Segundo os autores encontraram-se também, embora em percentagens inferiores, depressão, doença mental major, distúrbio de personalidade e delirium.

3.1.2. DEPRESSÃO

Os doentes oncológicos apresentam frequentemente, para além da ansiedade, um quadro depressivo, que corresponde, de um modo geral, a uma desistência de lutar contra a doença. A vivência de alguns sintomas relacionados com a depressão e a ansiedade, tais como as fobias e os ataques de pânico, vão agravar drasticamente o mal-estar psicológico que acompanha o diagnóstico de cancro. Pereira e Lopes (2002, p.39) salientam que os pensamentos e receios que os doentes começam a desenvolver, juntamente com a angústia da incerteza e o desespero de um desfecho possivelmente fatal, conduzem na maioria dos casos, ao aparecimento de sintomas depressivos.

Estas formas significativas de *stress* ocorrem frequentemente. Bub e colaboradores (2003, p.182) salientam que *25% a 50% dos doentes com cancro apresentam stress clinicamente significativo*.

Morse, Kendell e Barton (2005) salientam que a depressão é a alteração psicológica mais significativa nos doentes com cancro, apresentando uma

prevalência situada entre os 20% e os 30% de doentes com elevados níveis de depressão, evidenciada em algum momento do percurso da doença.

Também Wilson e colaboradores (2007) referem que a prevalência média da depressão major nos doentes com cancro afecta cerca de 15% dos doentes. Existindo, no entanto, uma grande percentagem de doentes com depressão minor ou distímia, as quais estão, de igual modo, associadas a níveis de *distress* bastante significativos.

É fundamental que o reconhecimento destas perturbações psicológicas se verifique o mais precocemente possível, por parte dos profissionais de saúde, pois a colaboração e o empenho do doente perante a doença é fundamental para a sua recuperação. Isto porque um dos aspectos mais importantes do tratamento é a adesão terapêutica por parte do doente.

A adesão é considerada essencial para o bem-estar do doente e, por isso, cabe aos profissionais serem capazes e mostrarem-se disponíveis para atenderem às necessidades individuais dos pacientes, não se esquecendo de que dar informações aos doentes pode ser um meio de melhorar a sua adesão e permitir uma melhor recuperação (Ogden, 1999; cit. por Pereira & Lopes, 2002, p.18).

Marques e colaboradores (1991) salientam que os sintomas do espectro depressivo constituem o tipo de de sofrimento mais frequente e a razão mais comum que leva ao encaminhamento do doente para a consulta de psiquiatria.

Hann e colaboradores (1999) referem que 24% dos doentes com cancro apresentam sintomas depressivos, os quais podem afectar negativamente o doente em vários aspectos, como por exemplo, interferir com o tratamento, aumentar o tempo de internamento hospitalar, reduzir a capacidade para o autocuidado, diminuir a sua qualidade de vida e reduzir o tempo de sobrevivência.

Como forma de enfatizar o impacto do cancro na morbilidade psicológica do doente, Kelly, Paleri, Downs e Shah (2007) efectuaram um estudo no qual observaram que cerca de 24,2% dos doentes com cancro, sujeitos a radioterapia, apresentavam sintomas depressivos, facto que conduzia a uma diminuição da actividade do doente após o tratamento. Estes autores salientaram ainda que mesmo que no início do tratamento os doentes não apresentassem sintomas depressivos, estes tendiam a ficar deprimidos no decurso do tratamento. Estes resultados põem em evidência o impacto da radioterapia na morbilidade psicológica do doente.

Ainda relativamente ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva em doentes com cancro, Carlson e Bultz (2003) consideram que a investigação efectuada revelou uma elevada prevalência de doenças psiquiátricas em doentes com cancro, salientando que a percentagem de doente com depressão varia entre 20 e 25%, aumentando quando existem elevados níveis de incapacidade física, doença avançada e dor.

Na opinião de Kim, Hickok e Morrow (2006) os sintomas depressivos verificam-se entre 2% a 50% dos doentes com cancro, cursando, de um modo geral, com a fadiga. Segundo estes autores, estes sintomas são mais evidentes em doentes jovens adultos.

A literatura encontrada mostrou também que, devido ao facto de o diagnóstico de cancro ser considerado um factor altamente *stressante*, doentes com história anterior de depressão podem ver-se novamente confrontados com elevados níveis de depressão em consequência da doença (Nordin et al., 2001).

Outro dos aspectos por que é urgente um despiste precoce da ansiedade e da depressão é o risco que o doente corre de cometer suicídio. A sensação de isolamento e de falta de esperança, acompanhadas da percepção de que nada há a fazer, constituem uma importante variável, estabelecendo uma ponte entre depressão e suicídio, e funcionando como um melhor preditivo de suicídio consumado do que só a depressão (Marques et al., 1991).

Breitbart e colaboradores (1991) apresentam algumas variáveis de vulnerabilidade, importantes no despiste do risco de suicídio em doentes com cancro:

- Doença avançada e mau prognóstico;
- Depressão;
- Dor (se muito intensa e controlável);
- Delirium (delirium ligeiro pode permitir a passagem ao suicídio);
- Sensação de falta de controlo e pessimismo;
- Psicopatologia pré-existente;
- História prévia de tentativa de suicídio (pessoal ou familiar);
- Exaustão e fadiga.

Perante situações de doença oncológica, nomeadamente quando esta conduz a alterações da imagem corporal, o doente é confrontado com ideias suicidas, pelo medo do desconhecido e do sofrimento.

3.1.3. IMAGEM CORPORAL

A forma como cada um se percepção a si mesmo denomina-se auto-imagem. Esta influencia o nível de bem-estar e aceitação de si mesmo e dos outros.

A avaliação da imagem corporal no doente com cancro reveste-se de extrema importância, tendo em conta que o seu tratamento impõe alterações significativas na aparência dos doentes, provocadas, de um modo geral, por cirurgia mutilante, pelos efeitos tardios da radioterapia ou ainda pelos efeitos adversos dos tratamentos sistémicos (Hopwood et al., 2001).

A cirurgia por cancro colorectal envolve a perda de parte do corpo e a perda de função, pelo que se reveste de enorme importância no que respeita às alterações da auto-imagem. Perry e Burgess (2004) referem que os doentes submetidos a cirurgia por CCR com recurso a colostomia apresentam moderados a elevados níveis de morbilidade psicológica, nomeadamente alterações da imagem corporal, quando comparados com os doentes em que houve preservação do esfíncter.

Também a alopecia, provocada pela administração de medicamentos quimioterápicos, contribui largamente para o aparecimento de problemas relacionados com a auto-imagem.

Baxley e colaboradores (1984) citado por Wilkes (2001) estudaram 40 doentes, de ambos os sexos, recebendo quimioterapia e concluíram que os doentes que sofriam de alopecia apresentavam índices mais baixos de imagem corporal do que os doentes que não apresentavam alopecia.

O mesmo autor refere ainda que a alopecia é ainda sentida como afectando negativamente a atracção sexual, a auto-estima e as actividades sociais. Para alguns doentes é ainda a lembrança visível do cancro e seus tratamentos.

Kirkpatrick (1980) salienta o facto das alterações provocadas pela ostomia na imagem corporal do doente serem o maior problema, tendo em conta que muitos doentes se sentem inseguros, sentindo medo de retomar a sua vida social anterior à cirurgia. O mesmo autor salienta que perturbações psicológicas significativas foram encontradas em 43% dos ostomizados.

Também Morgan (1994), citado por Borwell (1997, p.27) salienta que *o auto-conceito, a imagem corporal, a auto-estima e o papel de cada indivíduo na*

sociedade, podem ser influenciadas pela doença ou pela incapacidade devida à percepção individual das alterações da sua imagem corporal. Reacções desfavoráveis por parte dos outros, relativamente à alteração da imagem podem causar distúrbios emocionais, ligeiros ou extremos, levando a alterações psicológicas e à redução da energia sexual.

Ainda no que concerne às alterações impostas pela formação de uma ostomia, Jenks e colaboradores (1997) compararam as alterações verificadas na imagem corporal dos doentes, antes e após a formação da ostomia, e concluíram que as alterações da imagem corporal surgem logo após o diagnóstico, ainda antes da formação da ostomia, o que aponta para a importância do apoio psicológico prestado ao doente imediatamente após o diagnóstico, como forma de o ajudar a lidar de forma mais eficaz com as alterações a que vai ser sujeito.

A aceitação da sua nova imagem corporal depende largamente do papel do enfermeiro. Neste sentido, Pontieri-Lewis (2006) salienta que o papel do enfermeiro visa essencialmente dar ao doente coragem, suporte emocional e conselhos sobre a melhor forma de cuidar da sua ostomia no decurso das suas actividades de vida diárias.

3.1.4. SATISFAÇÃO DO DOENTE COM OS CUIDADOS RECEBIDOS

O diagnóstico e o tratamento do cancro podem ter um impacto devastador na qualidade de vida do doente e seus familiares. Como forma de reduzir este impacto é necessário que os profissionais de saúde contribuam significativamente para o aumento da satisfação do doente e família, de modo a diminuir as suas consequências. Assim, Perry e Burgess (2004) referem que, para além de receberem atempadamente os melhores tratamentos disponíveis, os doentes dão prioridade máxima a outros aspectos do cuidar, como serem tratados com humanidade, dignidade e respeito, ser-lhes dada informação clara acerca da sua doença e tratamento e receberem suporte técnico e psicológico quando necessitarem.

Segundo Fitzpatrick (1997, p.302), *a satisfação do utente é a avaliação dos cuidados recebidos por parte do utente, contendo estas reacções emocionais e cognitivas.*

Ainda relativamente à satisfação do doente, Fitzpatrick (1993), Whitfield e Baker (1992), consideram que é importante avaliar a satisfação do utente, porque a investigação mostra uma relação inequívoca entre a satisfação do utente e

vários resultados do cuidar. Tem-se verificado que os mais satisfeitos com os cuidados são os que têm maior adesão terapêutica, uma maior relação com o profissional de saúde e um estado de saúde melhor.

De forma a salientar a importância da relação entre o profissional de saúde e o doente, Walker e colaboradores (2003) efectuaram um estudo no qual constataram que a satisfação é mais baixa quando os doentes sentem que não foram cuidados como pessoas e quando a comunicação entre eles e os prestadores de cuidados foi pobre.

Num outro estudo efectuado por Eide e colaboradores (2003) constatou-se que a satisfação e a qualidade de vida dos doentes estava relacionada com a qualidade de uma comunicação efectiva. O mesmo estudo mostrou ainda que a satisfação do doente estava relacionada com o cumprimento dos conselhos médicos e a recordação da informação dada pelos profissionais de saúde.

Não compreender ou não lembrar a informação recebida parece estar relacionado com o facto dos técnicos de saúde apresentarem a informação de forma pouco perceptível, dificultando a memorização por parte dos doentes e ainda com o facto dos doentes não colocarem questões, não permitindo que os profissionais de saúde tenham consciência dos seus défices e consequentemente possam melhorar as suas competências de comunicação (Melo, 2005).

Pela bibliografia consultada verificou-se que um dos aspectos considerados mais relevantes para a satisfação dos doentes é a comunicação profissional de saúde – doente. Forshaw (2002) refere que o sucesso do tratamento dos doentes pode ser atribuído ao número de horas dispendidas a dar informações pertinentes, sendo que o fracasso do tratamento pode ser relacionado com uma comunicação pobre.

Cada vez mais os doentes sentem necessidade de ser parceiros dos profissionais de saúde, ter poder de decisão relativamente aos cuidados de que necessitam. Neste sentido, Perry e Burgess (2004) salientam que uma boa comunicação dá poder ao doente para efectuar escolhas correctas para si próprio, de forma informada e consciente. As autoras referem também que não informar o doente correctamente sobre determinado tratamento pode tornar os doentes relutantes em aderir ao mesmo.

Um estudo de Ley (1988) citado por Melo (2005) refere que a percentagem de doentes insatisfeita com os cuidados que lhes são prestados nos hospitais é de 38%, o que constitui um valor muito significativo. Os estudos mencionam,

igualmente, que, na maior parte das vezes, os doentes sentem que não lhes foi dada informação suficiente.

Assim, é importante que a equipa de saúde, quando a gravidade da situação o exige, partilhe as suas preocupações entre si e estabeleça uma atitude empática com o doente, contribuindo para o alívio quer do stress individual quer do stress familiar do doente. Isto implica que a equipa de saúde esteja atenta à ansiedade e depressão manifestada, incentivando o doente a falar, esclarecendo dúvidas e respeitando silêncios quando eles acontecem (Pereira e Lopes, 2002, p.17).

Ainda no que refere à importância da comunicação, Dunn e colaboradores (2003) citando Sahay e colaboradores (2000) descrevem a satisfação do doente com os seus médicos oncologistas baseada na informação fornecida e na comunicação. Sendo que os doentes que se sentem bem informados acerca do tratamento, estão satisfeitos com os cuidados recebidos. Neste sentido, Eide e colaboradores (2003) salientam também que os elementos comunicacionais desempenham um importante papel na satisfação do doente, salientando que a amizade, a conversação social e o comportamento empático estão positivamente relacionados com a satisfação do doente.

Sendo a comunicação uma componente fulcral da função do enfermeiro, considera-se que este desempenha um importante papel no que se relaciona com a satisfação do doente, ocupando um lugar de destaque. Por exemplo, as actividades de enfermagem que se relacionam com os cuidados ao estoma têm um impacto directo no bem-estar físico do doente. Contudo, as dimensões mais importantes apontadas pelos doentes são a disponibilidade dos enfermeiros e a confiança nos cuidados de enfermagem (Padilla & Grant, 1985).

Como se pôde constatar, grande parte da bibliografia consultada aponta a comunicação como um aspecto fulcral na satisfação do doente. Problemas comunicacionais estão significativamente relacionados com ansiedade, depressão, confusão, cólera e outras perturbações do humor (Sitzia & Wood, 1998).

Segundo Melo (2005) a maioria da investigação aponta para uma forte relação entre a quantidade de informação que o doente possui e o consequente nível de satisfação em relação à informação recebida.

Existe também alguma evidência de que a satisfação está em parte relacionada com características pessoais do doente. Assim, os doentes mais velhos apresentam maior satisfação que os doentes mais jovens. Nível educacional e status social mais baixos estão também relacionados com maior satisfação (Sitzia & Wood, 1998). Os mesmos autores referem ainda que a satisfação do doente varia largamente com as suas expectativas. Doentes com baixas expectativas encontram-se mais facilmente satisfeitos.

O toque é outro dos aspectos que influencia positivamente a satisfação dos doentes. Larsem e Smith (1981) estudaram a relação entre os comportamentos não verbais dos médicos e o nível de satisfação dos doentes, tendo verificado que comportamentos como o toque e a orientação corporal estavam directamente relacionados com a satisfação dos doentes.



**CAPITULO 4. IMPACTO DO CANCRO
COLORECTAL NO CASAL**

CAPÍTULO 4. IMPACTO DO CANCRO COLORECTAL NO CASAL

O CCR provoca um conjunto de alterações no seio familiar. Estas alterações verificam-se em vários aspectos da vida do casal, sendo, contudo, de salientar a esfera marital, sexual e psicológica, onde a ansiedade e depressão do doente cursam com a ansiedade e depressão dos familiares mais próximos.

Para além destes aspectos importa salientar ainda o impacto provocado na vida do cuidador informal, pela necessidade de cuidar de um doente com uma neoplasia. Pela importância de que se revestem, estas alterações constituem algumas das variáveis em estudo.

4.1. SATISFAÇÃO MARITAL

A relação conjugal também sofre alterações sendo estas mais significativas nos doentes ostomizados, devido, em grande parte, ao estigma provocado pelas alterações da imagem corporal que um estoma impõe. O desempenho dos profissionais de saúde é de uma relevância extrema no que refere à aceitação da ostomia por parte do doente, assim como no ensino dos cuidados inerentes à sua situação e no apoio incondicional à própria família, também ela em situação de crise.

Os doentes ostomizados apresentam uma maior tendência a diminuir a sua vida social pelo que se observam elevados níveis de depressão. Estes factos repercutem-se, de forma significativa, na relação conjugal (Etapé, 2002).

Keitel, Cramer e Zevon (1990), citados por Ribeiro (1998), referem que numa revisão de investigação sobre o impacto do cancro no conjugue se apontam três áreas em que os conjugues são especialmente afectados: a) a relação conjugal; b) o estado emocional e; c) a gestão do lar.

Sendo prestado um apoio efectivo por todos os profissionais de saúde, quer ao doente quer à família, consegue-se uma melhoria significativa na satisfação do doente, o que vai influenciar, de forma positiva, a sua adaptação e por conseguinte a sua qualidade de vida.

É comum verificar-se tensão no casamento após a cirurgia com recurso a colostomia, podendo daí resultar o rompimento da relação (Kirkpatrick, 1980).

Esta situação ocorre como consequência da dificuldade sentida pelo doente em verbalizar os seus sentimentos e emoções, sentimentos que constituem um obstáculo a uma relação aberta e descontraída (Etapé, 2002). Estes sentimentos, que incluem o medo de ser uma carga para o seu conjugue e a diminuição da sua auto-estima provocada pela alteração da auto-imagem, contribuem desfavoravelmente para uma relação conjugal satisfatória, tendo em conta que a ostomia, reversível ou não, é fonte de conflitos pessoais, de auto-imagem e de relação (Bernard & Hurny, 1998; cit. por Estapé, 2002). O mesmo autor refere ainda que a relação conjugal no que refere ao doente ostomizado é bastante afectada pelas limitações psicológicas que a doença impõe, nomeadamente o isolamento social e a ocorrência de depressão, bastante comum neste grupo de doentes.

4.2. SATISFAÇÃO SEXUAL

A sexualidade do doente com cancro colorectal sofre alterações significativas relacionadas com factores de ordem física, nomeadamente os tratamentos médicos e cirúrgicos com que os doentes são confrontados. Contudo, esta é também afectada por factores psicológicos, tais como a depressão e a ansiedade, que cursam, de um modo geral, com as doenças neoplásicas. As alterações provocadas pelos efeitos adversos da quimioterapia, tais como alopecia, náuseas e vômitos, perda ou ganho de peso, podem alterar a imagem corporal do doente, o que altera também o padrão sexual normal (Wilkes, 2001).

Como já mencionado anteriormente, a radioterapia apresenta, de igual modo, alterações significativas na função sexual dos doentes, nomeadamente disfunção erétil e diminuição da libido nos doentes do sexo masculino e diminuição do desejo e da satisfação sexual, no sexo feminino (Fokdal et al., 2004).

Apesar de a função sexual ser afectada por múltiplos factores, incluindo a condição geral do doente, a sua reacção emocional face à cirurgia e à doença e a presença de uma ostomia, considera-se que a aplicação de radioterapia pré-operatóriamente possa agravar essa situação (Allal et al., 2005).

A idade é outro dos factores que interfere com a satisfação sexual. Tendo em conta que o doente com cancro tem, de modo geral, uma idade aproximada de 60 anos, este facto vem agravar de forma significativa as alterações sexuais

impostas ao doente pela própria doença. Relativamente a este assunto, Masumori e colaboradores (1999) salientam que num estudo efectuado a homens americanos e japoneses se verificou um declínio da sua função erétil, libido e satisfação sexual, relacionado com a idade, sendo estas alterações mais acentuadas no grupo etário situado entre os 70 e os 79 anos.

Relativamente à técnica cirúrgica, a função sexual é também profundamente afectada, nomeadamente nos doentes do sexo masculino submetidos a cirurgia com recurso a colostomia, em que daí resulta destruição de fibras nervosas vitais para o sistema genital, conduzindo esta situação a alterações da função erétil e ejaculação. Segundo Borwell (1997, p.31), *a incapacidade para produzir uma erecção pode ter um efeito devastador no auto-conceito e na imagem corporal do doente.*

Nas mulheres, a ressecção abdominoperineal conserva a maior parte destes nervos permitindo assim, em princípio, manter a função sexual.

Esta situação reveste-se de enorme importância para o doente, tendo em conta que as dificuldades a nível sexual representam não só uma alteração a nível físico como também a nível psicológico. Contudo, e apesar da sexualidade ser uma necessidade humana básica e estar incluída em todos os modelos de enfermagem, algumas enfermeiras preferem ignorar esta área ou simplesmente olhar a sexualidade como insignificante e como não fazendo parte da área da prestação de cuidados da enfermagem (Borwell, 1997).

É de salientar, no entanto, a importância do papel do enfermeiro na exploração do impacto da doença no doente, encorajando-o a verbalizar os seus sentimentos, promovendo suporte emocional e dando sugestões específicas para lidar com as alterações da sua sexualidade (Wilkes, 2001).

De acordo com Marquis e colaboradores (1992) a disfunção sexual está amplamente relacionada com a imagem corporal e observa-se predominantemente nos doentes de sexo masculino. Face a estes resultados, os autores salientam que apesar da disfunção estar geralmente associada à destruição dos órgãos sexuais, está também largamente associada à perda de auto-estima e a sentimentos de castração referidos essencialmente pelos homens.

Estas alterações a nível sexual, pelas implicações psicológicas que acarretam, exigem uma actuação concertada por parte dos profissionais, com

vista a fornecer ao doente todo um suporte psicológico essencial para ultrapassar tão avassaladoras barreiras.

O impacto psicológico da disfunção sexual varia, de forma acentuada, com o auto-conceito e a auto-estima do doente. Borwell (1997, p.9) refere que *os indivíduos com um elevado nível de auto-estima têm uma mais realística imagem do seu corpo do que os indivíduos com uma pobre auto-estima, para os quais a imagem corporal é inaceitável*. Assim, salienta-se a importância de uma comunicação assertiva e eficaz por parte dos profissionais de saúde, relativamente ao doente submetido a cirurgia por cancro colorectal, com recurso a colostomia, tendo em conta que este grupo de doentes apresenta alterações significativas na sua auto-imagem, facto que em muito contribui para uma agravamento da sua disfunção sexual. Assim, e apesar da gravidade da doença, os profissionais devem ter presente o facto da sexualidade ser um aspecto fundamental na vida de qualquer indivíduo, o que requer uma preparação específica e uma verdadeira sensibilidade do profissional relativamente a este assunto, de forma a dar resposta, em tempo útil, às dúvidas e necessidades, quer físicas, quer psíquicas do doente.

De forma a enfatizar o papel dos profissionais de saúde relativamente à diminuição das complicações relacionadas com a satisfação sexual, White e Faithfull (2003) salientam que a promoção de uma comunicação efectiva entre o casal deve ser, de igual modo, uma prioridade dos profissionais de saúde, como forma de dissipar mitos associados com a doença, o tratamento, as dificuldades sexuais e em particular quando a diminuição da intimidade sexual pode ser interpretada pelo cônjuge como sinal de rejeição.

Schain (1980, p.13) refere que *a cirurgia pélvica radical e a colostomia são sentidas como o maior ataque à integridade física assim como um grave insulto à auto-estima*. Relativamente ao impacto negativo da colostomia e à sua consequente alteração da imagem corporal, Devita e colaboradores (1997) referem que esta determina, pelo menos, uma moderada alteração emocional e é um estímulo negativo para o funcionamento sexual do doente.

As alterações sexuais verificam-se em mais de 50% dos doentes do sexo masculino após uma ostomia (Kirkpatrick, 1980). São várias as causas desta impotência, contudo, podemos apontar como mais frequentes, o embaraço e o medo de um possível *acidente*, as reacções psicológicas face à alteração da

imagem corporal e, de um modo mais efectivo, os estragos provocados nos nervos pélvicos, como resultado da cirurgia.

Os problemas sexuais são, de um modo geral, agravados pelas alterações psicológicas. Krebs (2000) refere que a infertilidade e a esterilidade, alterações da aparência corporal e a incapacidade para ter relações sexuais são exacerbadas pelos problemas psicológicos e psicosexuais provocados pela alteração da imagem corporal, medo de abandono, perda de auto-estima, alterações da identidade sexual e problemas acerca de si próprio.

Relativamente ao impacto negativo da colostomia sobre a satisfação sexual do doente com CCR, Devita e colaboradores (1997) referem que um grupo de doentes do sexo masculino relacionava esta intervenção como uma castração e um atentado contra a sua masculinidade e que entre 25 a 76% dos doentes referiam alterações no desejo sexual, na erecção e na ejaculação, possivelmente devidas a reacções psicológicas ou lesão nervosa.

Quanto aos doentes do sexo feminino, o mesmo autor salienta que a morbilidade psicológica varia bastante, oscilando entre 25% das doentes que referem diminuição da libido, falta de sensibilidade ou dispareunia e um pequeno grupo que assegura não ter sentido alterações sexuais após a cirurgia.

Ainda relativamente aos doentes do sexo feminino as alterações da sua actividade sexual estão, em grande parte, relacionadas com os efeitos adversos da radioterapia. Esta causa uma profunda alteração dos tecidos vaginais, com maior impacto ao nível do diâmetro e profundidade vaginal, para além da sua sensibilidade e lubrificação. White e Faithfull (2003) referem que 43% das doentes referem dor durante o acto sexual, sendo a dor a principal razão da diminuição do prazer sexual e da frequência da actividade sexual, nas primeiras 14 semanas após o terminus da radioterapia.

Os avanços tecnológicos permitem reduzir significativamente a mortalidade, oferecendo aos doentes uma maior longevidade associada a uma melhor qualidade de vida. Contudo, e se o objectivo é proporcionar ao doente cuidados de saúde individualizados, não se deve descurar a satisfação sexual, sendo que esta contribui de forma muito significativa para fazer aumentar a satisfação global do doente e a sua qualidade de vida (Krebs, 2000).

A disfunção sexual é responsável por um conjunto de distúrbios psicológicos, dos quais salientamos, culpa, medo, raiva, ansiedade e depressão (Borwell, 1997). A falta de conhecimento e uma comunicação ineficaz por parte dos profissionais de saúde, agravada por uma deficiente privacidade verificada nos hospitais, conduz a um agravamento destes sentimentos, facto que dificulta de forma mais intensa as dificuldades sexuais dos doentes submetidos a cirurgia pélvica.

Schain (1980, p.19) salienta que *os cuidados de saúde holísticos requerem que os profissionais de saúde compreendam qual o grau de disfunção sexual nos doentes com cancro localizado nos diversos órgãos e qual o estadio de vida em que estes se encontram, qual a incapacidade resultante dos tratamentos específicos, e qual o grau de morbilidade emocional observada na qualidade de vida e relatada pelos doentes, relacionada com a sua disfunção sexual*. O mesmo autor refere ainda que o cancro é uma doença terrível a qual provoca estragos arrasadores no organismo, diminui os recursos pessoais e financeiros, interfere com a vida familiar e causa frequentemente perturbações no funcionamento sexual.

O CCR, pela necessidade que por vezes apresenta da criação de uma ostomia, conduz a que 66 a 100% dos doentes do sexo masculino ostomizados apresentem algum tipo de disfunção sexual. No que concerne às mulheres são apontadas como consequências da presença de uma ostomia, a dispareunia, a diminuição dos orgasmos e a diminuição do número de relações sexuais (Cohen & McLeod, 2004).

Estas alterações sexuais têm um impacto negativo não só no doente como também na família. Leviton (1978) citado por Borwell (1997, p.28) refere que *o diagnóstico de cancro pode ter um efeito devastador no(a) companheiro(a) e na família. Os efeitos psicológicos do cancro na sexualidade estendem-se durante o curso da doença e o seu tratamento*.

Apesar da sua importância, a satisfação sexual não representa um problema relevante nem para o doente, nem para os profissionais de saúde, numa fase inicial da doença. White e Faithfull (2003) constataram, num estudo efectuado a 33 doentes do sexo masculino, submetidos a tratamento radioterápico por cancro da próstata ou da bexiga, que os problemas

relacionados com a ausência de desejo sexual ou disfunção erétil se posicionavam em último lugar, na lista de prioridades, estando nos primeiros lugares os problemas urinários e a diarreia. Contudo, 6 meses após o tratamento, quando os efeitos colaterais da radiação já desapareceram, a falta de desejo sexual ocupa o 3º lugar nessa mesma lista.

Outro dos factores que interfere directamente com a satisfação sexual do doente é a dor. Esta cursa, de modo geral, com as doenças neoplásicas e limita de forma significativa a actividade sexual do doente. Kwan e colaboradores (2005) referem que a disfunção sexual é uma das principais causas de desarmonia conjugal em doentes com dor crónica, salientando que existem diversos estudos que evidenciam declínio na satisfação conjugal e uma diminuição da frequência e qualidade da actividade sexual neste grupo de doentes.

Como se pode constatar, a diminuição do desejo e expressão sexual em doentes com cancro é multifactorial, sendo de salientar a interferência de aspectos sociais, culturais, psicológicos, físicos e farmacológicos (White & Faithfull, 2003).

4.3. EXAUSTÃO DO FAMILIAR

Numerosos estudos tem mostrado a importante contribuição que os cuidadores informais dão na prestação de cuidados aos doentes com doença crónica, nomeadamente aos idosos e doentes com cancro, tendo em conta as alterações que se têm vindo a verificar no sistema de saúde dos diversos países (Ducharme et al., 2006).

Contudo, é de salientar que esta obrigatoriedade de cuidar de um familiar doente acarreta um conjunto de alterações no seio familiar, para as quais alguns dos cuidadores não estão preparados. Neste sentido, Pereira e Lopes (2002) referem que o diagnóstico de cancro provoca um conjunto de mudanças e alterações quer nas rotinas, regras e rituais familiares, quer na redistribuição de papéis e no acréscimo de novas responsabilidades e competências. Estas alterações conduzem a um conjunto de perturbações biopsicosociais denominadas na literatura por exaustão familiar.

Como forma de evidenciar a importância do cancro na vida do doente e família, Ribeiro (2004) refere que o diagnóstico de cancro, a realização de

tratamentos (cirurgia, quimioterapia e radioterapia) e a descoberta de recidivas ou metástases implicam uma enorme complexidade de emoções tanto nos doentes como nos familiares, sendo considerado um acontecimento catastrófico na dinâmica familiar.

O conceito de exaustão familiar foi introduzido pela primeira vez na literatura, em 1966, por Grad e Sainsbury, os quais o definiram como quaisquer consequências negativas para a família da qual o doente é membro (Chou, 2000).

Esta surge como consequência da obrigatoriedade de prestar cuidados a um familiar doente, nomeadamente em situação de doença prolongada. As reacções ou respostas dos prestadores de cuidados, face a esta necessidade de prestar cuidados, podem ser influenciadas por dois fenómenos que, na perspectiva de Yeh e colaboradores (2002) são a existência de uma relação prévia entre o prestador de cuidados e o receptor dos mesmos e as características pessoais de ambos.

Ainda na opinião de Chou (2000), a exaustão familiar é vista como uma força mediadora entre o compromisso físico do doente e o impacto que a prestação de cuidados tem na vida dos cuidadores e suas famílias.

Por sua vez Yet e colaboradores (2002) referem que o conceito de exaustão familiar inclui a maneira como as actividades de cuidado afectam o estatuto financeiro, a percepção da vida social, emocional e bem-estar físico do familiar que desempenha o papel de cuidador.

Também Lidell (2002) salienta que a exaustão familiar tem sido definida numa perspectiva multidimensional, como um problema físico, psicológico, emocional, social ou financeiro sentido pelo cuidador.

Chou (2002) divide a exaustão familiar em objectiva e subjectiva, sendo a exaustão objectiva relativa a eventos e actividades associados a experiências negativas do cuidar e a exaustão subjectiva relativa a sentimentos suscitados nos prestadores de cuidados durante a realização da sua função de cuidar.

De forma a explicitar melhor estes conceitos, Nijboer e colaboradores (1999) referem que a exaustão familiar objectiva pretende reflectir as consequências negativas que podem ser objectivamente medidas, tais como interrupção da vida familiar, vida social e finanças, enquanto a exaustão subjectiva refere-se a sentimentos de embaraço ou sobrecarga de funções que os cuidadores podem experimentar quando prestam cuidados.

A exaustão familiar tem como principal factor desencadeante o aparecimento de tratamentos mais eficazes, os quais aliados às alterações económicas e políticas verificadas a nível global, conduziram a uma mudança na prestação de cuidados ao doente, sendo esta direccionada para fora do âmbito hospitalar. Assim, a ênfase recai nos cuidados de saúde prestados ao doente em ambulatório, mesmo em situação de doença grave, incluindo o cancro. Esta mudança veio incrementar uma maior responsabilização por parte dos prestadores de cuidados informais, como por exemplo, amigos e familiares do doente (Deeken et al., 2003).

Stetz (2003) refere que o papel dos familiares enquanto prestadores de cuidados tende a crescer, como consequência dos avanços da tecnologia e do aumento das taxas de sobrevivência dos doentes com cancro.

Relativamente ao desenvolvimento tecnológico, Pereira e Matos (2002) salientam que este conduz a mudanças significativas nos serviços de saúde, das quais resultam internamentos mais curtos, sendo o doente oncológico cada vez menos hospitalizado, o que faz com que a família tenha de assumir os cuidados de saúde domiciliários, tornando-se o complemento da equipa terapêutica.

Perante o diagnóstico de cancro, o doente e família confrontam-se com um factor gerador de *stress* adicional, sendo este representado pelas diferentes respostas físicas e emocionais vivenciadas face à doença, facto que vai acarretar um agravamento dos próprios sentimentos de cada um dos intervenientes (Flanagan, 2001).

Esta maior responsabilização que é exigida aos familiares, amigos e até vizinhos veio aumentar, de forma significativa, o conjunto de tarefas a realizar, mas veio essencialmente aumentar o sofrimento psicológico destes prestadores informais, tendo em conta a insuficiente preparação intelectual e psicológica que possuem, face às exigências que a doença impõe. Esta sobrecarga, essencialmente psicológica, é descrita por Tebb, citado por Deeken e colaboradores (2003, p.937) como *a incapacidade para ser resiliente, na medida em que cada prestador percebe que a sua situação física, social, mental e espiritual está a sofrer como resultado da sua prestação de cuidados ao seu familiar*.

Na opinião de Costa (2004) a família preocupa-se com a gravidade da doença, com o sofrimento e possível morte. Como resultado destas

preocupações, os membros da família referem, com frequência, sentimentos de medo, desamparo, vulnerabilidade, insegurança, frustração e depressão. A hospitalização e a doença obrigam as famílias a alterações profundas no seu modo de viver, nas suas normas e regras, nos seus estilos e rituais, ora redistribuindo os papéis, ora concentrando as responsabilidades.

Deeken e colaboradores (2003) salientam que *esta* sobrecarga, provocada pela experiência de cuidar de um familiar doente, difere de indivíduo para indivíduo, tendo em conta que ela é sentida de diferentes formas por cada um. Estas diferenças surgem como resultado da influência de diversos factores, tais como, a personalidade do cuidador, suporte social, o estatuto funcional da família e a existência de outros compromissos que competem com o desenvolvimento das actividades de cuidador.

É delegada aos familiares a responsabilidade de administrar os tratamentos prescritos, informar os profissionais de saúde acerca do estado e progresso da doença, proporcionar o suporte social e emocional, sem que estes possuam formação específica que lhes garanta a qualidade dos cuidados que prestam (Pereira & Matos, 2002).

Relativamente à forma como a família reage perante a doença grave, Moreira (2001) salienta que, tal como o doente, também a família atravessa diversas fases perante a doença grave de um familiar:

- *Negação*, o medo do reconhecimento de uma determinada realidade conduz por vezes a mecanismos de defesa;
- *Conspiração e silêncio*, evitando por vezes comunicar com o doente; porque fragilizadas, as famílias negam aos doentes o direito a ser informado sobre a sua situação;
- *Superprotecção*, o doente é tratado com excessiva atenção e como se fosse uma criança, subestimando mesmo as suas capacidades;
- *Excesso de realismo*, a família concentra a sua atenção no doente, vive numa enorme ansiedade e, cansada ou incapacitada, não atribui importância ao que se faz;
- *Isolamento social*, devido ao medo do estereótipo determinado pela doença (sobretudo no caso das doenças malignas), a família isola-se e procura diminuir o leque das suas relações sociais;
- *Incerteza*, devida sobretudo ao desconhecimento dos factos e à sua capacidade em dominar e compreender o curso dos acontecimentos;

- *Sentimentos de culpa* pelo tempo perdido, em que não conseguiram minorar os efeitos da doença e da hospitalização.

Todos estes estádios conduzem ao pânico familiar, resultante do desconhecido, da fatalidade e do sofrimento e é muito frequente. Por sua vez, este pânico familiar acarreta uma série de consequências entre as quais avulta o sentimento de pena e de desistência, detectáveis pelo próprio doente.

No que concerne ao modo como o marido reage ao confronto com a doença da esposa, Wilson citado por Flanagan (2001) salienta que os momentos onde os maridos das doentes a receber quimioterapia sentem maiores dificuldades no decurso da sua prestação de apoio é quando estas apresentam efeitos adversos, tais como fadiga, náuseas e vômitos.

Os doentes e seus prestadores de cuidados estão, de modo geral, em suas casas com complicados tratamentos e medicamentos para administrarem, sem contudo lhes serem fornecidos os esclarecimentos necessários para realizarem estas actividades de forma competente (Deeken et al., 2003). Estes aspectos salientam a importância da educação para a saúde por parte dos profissionais de saúde e em especial pelos enfermeiros, sendo que estes são um elemento chave no ensino dos cuidados a prestar ao doente pelos seus familiares. Este ensino é crucial para uma melhor adaptação dos familiares às exigências da doença, de forma a reduzirem a exaustão familiar, visto que esta tem consequências desastrosas na recuperação do doente. Uma atitude hostil ou uma exagerada super-protecção causam, de modo geral, *stress* emocional e dificuldade de adaptação, com perda de autosuficiência por parte do doente (Lidell, 2002).

A doença representa, para a família do doente, um elevado peso, tendo em conta que esta se vê confrontada com uma série de problemas de variada etiologia. Nestes problemas estão incluídos os problemas económicos, tendo em conta que um grande número destes prestadores de cuidados informais são forçados a alterações significativas nas suas vidas, tais como, deixar ou mudar de emprego, para poderem prestar cuidados ao familiar que se encontra doente. O aumento da responsabilidade relacionada com estas fontes de exaustão podem facilmente provocar um desequilíbrio entre as exigências e os recursos dos

cuidadores, conduzindo a graves consequências, tais como, desequilíbrios emocionais, doença física e alteração do estilo de vida (Lidell, 2002), para além de pôr em causa o bem-estar dos doentes (Pereira & Matos, 2002).

Yet e colaboradores (2002) salientam ainda o facto de grande parte dos doentes serem idosos, o que implica que os seus prestadores de cuidados possam, de igual modo, ser idosos. Este facto pode criar uma situação na qual as doenças próprias do cuidador aumentam o seu risco pessoal de doença bem como de stress.

Para além da idade, e ainda relativamente às características dos cuidadores, há a referir o sexo como um importante factor, tendo em conta que as funções assumidas pela mulher e ainda a sua maior esperança de vida conduzem a um aumento da sua responsabilidade na prestação de cuidados aos familiares doentes. Chou (2000) refere que vários resultados de estudos efectuados mostram que a maioria dos cuidadores são mulheres (entre 47% e 80%) e que estas percebem a sua exaustão como superior à dos homens.

Ainda relativamente a este assunto, Sisk (2000) refere que muitos estudos mostram que o *stress* do cuidador tende a ser mais elevado, quando este é do sexo feminino e esposa. Tal ocorrência parece estar explicada pelo facto das mulheres casadas necessitarem equilibrar as necessidades dos familiares idosos com as necessidades dos restantes membros da família.

Se, para além dos aspectos anteriormente citados, os prestadores de cuidados exercem uma actividade laboral fora de casa, podem sentir-se divididos entre as exigências do seu emprego e as necessidades do seu familiar doente. Estes prestadores referem sentir-se mais cansados no emprego que antes do aparecimento da doença, apresentam menos capacidade para se concentrarem, maior absentismo e, como resultado destes problemas, experimentam uma maior insegurança relativamente ao seu futuro profissional (Stetz, 2003).

Esta sobrecarga, quer de trabalho, quer de responsabilidade, exigida aos familiares do doente, impossibilitam-no de desempenhar um dos seus papéis mais importantes que é o apoio e o suporte emocional de que o doente tanto precisa, para fazer face à sua situação de doença.

Pereira e Lopes (2002, p.73) citando Cáster e Goland (1996) Mead, Kmann e Thornhill (1992) e Nottingham (1995) referem que *nos EUA, cerca de 80% dos cuidados domiciliários são da responsabilidade dos familiares e amigos.*

Neste sentido, Deeken e colaboradores (2003), referem que é mais provável os doentes não apresentarem satisfação das suas necessidades quando os seus prestadores de cuidados registam um elevado índice de sobrecarga. O mesmo autor salienta ainda que o nível de actividade do doente diminui quando as necessidades psicológicas dos seus prestadores aumentam. A sobrecarga dos prestadores de cuidados constitui ainda um dos principais factores de um reinternamento precoce dos doentes.

Por todos os motivos anteriormente apontados e pela importância dos prestadores informais na adaptação e recuperação do doente, é fundamental que os profissionais de saúde privilegiem o apoio que lhes é prestado, quer em termos de informação e ensino, quer em termos do próprio apoio psicológico.

Estas estratégias visam essencialmente diminuir o impacto da doença no seio familiar, tendo em conta a gravidade das suas repercussões na recuperação do doente. *Em estudos que envolveram as esposas de pacientes graves, pôde verificar-se a presença de perturbações alimentares, perturbações do sono, ansiedade e depressão devido ao stress causado pela responsabilidade que tinham a seu cargo* (Kristjanson & Ashercroft, 1994; Oberst, thomas, Gass & Ward, 1989; cit. por Pereira & Lopes, 2002, p.73).

Relativamente ao motivo dos consecutivos reinternamentos dos doentes com cancro, em fase terminal, uma das razões apontadas por Deeken e colaboradores (2003) é a impossibilidade dos prestadores de cuidados puderem cuidar dos seus doentes por muito tempo, tendo em conta que estes sofrem uma deterioração física e psicológica da sua saúde, devido às novas funções que desempenham.

A experiência de ser prestador de cuidados tem impacto em todos os aspectos da sua vida, incluindo a saúde física, emocional e psicológica. Tendo em conta a relevância destes factores, os profissionais de saúde vêm-se confrontados com o enorme desafio de considerarem que estes prestadores informais fazem parte da equipa de cuidados assim como são potenciais doentes que necessitam e merecem cuidados e atenção (Deeken et al., 2003).

O enfermeiro detém um lugar por excelência na equipa de saúde pelas características da sua profissão. Sendo uma profissão de ajuda, é esperado que ajude a família a lidar com a nova situação com que é confrontada. Astudillo e colaboradores (2002) referem que muitos familiares esperam que alguém escute as suas aflições e ansiedade pessoal, os seus sentimentos de culpa e frustrações. Os mesmos autores salientam que uma forma importante de reduzir a ansiedade das famílias é envolvê-las directamente na prestação de cuidados ao doente, quer em casa quer no hospital.

4.4. MORBILIDADE PSICOLÓGICA DOS CUIDADORES/ FAMILIARES

A morbilidade psicológica está, em grande parte, associada aos sintomas de exaustão familiar abordados anteriormente. Weitzner e colaboradores (1999) salientam que prestar cuidados a um familiar doente pode afectar negativamente a adaptação psicológica do cuidador bem como aumentar a sua exaustão familiar.

A teoria de que o confronto com o cancro provoca profundas alterações psicossociais no doente e na família é largamente documentada através de vasta literatura. A longa sobrevivência do doente, tendo em conta a cronicidade da doença neoplásica resultante dos avanços tecnológicos, veio aumentar de forma bastante significativa a responsabilidade dos familiares no que concerne à necessidade de prestar cuidados, físicos e emocionais, ao doente.

Esta responsabilidade adicional veio, na opinião de Kurtz e colaboradores (2005), afectar a saúde psicossocial do familiar cuidador, o que por sua vez pode alterar a qualidade de vida do doente.

São vários os sintomas referidos pelos cuidadores informais. Contudo, Weitzner e colaboradores (1999) salientam que um elevado número de estudos refere que os familiares cuidadores experienciam um aumento de sintomas de depressão, ansiedade, sintomas psicossomáticos, diminuição das suas funções e actividades, problemas no relacionamento marital e diminuição da saúde física.

Este conjunto de problemas, caracterizado por um elevado nível de *stress* físico e psicológico está, segundo Jansma e colaboradores (2005) directamente relacionado com o aumento da mortalidade e morbilidade dos cuidadores directos, após a morte do seu ente querido.

Como se pode observar, são vários os factores que contribuem para o aumento dos problemas psicológicos dos cuidadores. Sisk (2000) evidencia o resultado de dois estudos, nos quais o facto de cuidar por um maior período de tempo aumentava o *distress* psicológico e a depressão, sendo de salientar o facto de o cancro ser considerado uma doença crónica, que requer, por parte dos familiares, períodos longos de prestação de cuidados, aumentando deste modo a sua morbilidade psicológica.

Para além do tempo de prestação de cuidados, também o género é apontado como estando relacionado com as alterações psicológicas do cuidador. Northouse e colaboradores (2000) salientam os resultados de alguns estudos efectuados a cuidadores de doentes com cancro do cólon, nos quais os cuidadores do sexo masculino, em especial os maridos, apresentam menores índices de problemas de adaptação psicológica à doença que os cuidadores do sexo feminino, nomeadamente as esposas.

A presença de uma colostomia também parece contribuir para agravar os problemas psicológicos dos familiares (Oberst & James, 1985). Contudo, outros estudos apontam para uma diminuição deste impacto com o tempo. Bekkers e colaboradores (1997) referem que o impacto negativo associado à presença de uma ostomia diminui no período entre 1 a 4 anos.

PARTE II. INVESTIGAÇÃO

PARTE II. INVESTIGAÇÃO

CAPÍTULO 1. METODOLOGIA

1.1. TIPO DE ESTUDO

Os estudos do impacto do cancro colorectal no doente e na família relativos à população portuguesa são ainda escassos no nosso país. O presente estudo pretende contribuir para um maior conhecimento nesta área.

O estudo realizado é transversal e utiliza um desenho correlacional.

1.2. OBJECTIVOS E PERCURSOS DE INVESTIGAÇÃO

1.2.1. OBJECTIVOS

No âmbito do estudo apresentado foram definidos os seguintes objectivos:

1. Avaliar o impacto do cancro colorectal ao nível de:
 - Qualidade de Vida
 - Morbilidade Psicológica
 - Satisfação Marital
 - Imagem Corporal
 - Satisfação Sexual
 - Exaustão Familiar
 - Satisfação do utente

Este estudo tem ainda como finalidade:

2. Propor estratégias de intervenção junto dos enfermeiros, de modo a contribuir positivamente para uma melhor qualidade de vida dos indivíduos com CCR.

1.2.2. HIPÓTESES

O estudo da dimensão *Qualidade de Vida* implica uma abordagem multifactorial, tendo em conta o elevado número de factores que nela interferem e à qual estão directa ou indirectamente associados.

O CCR impõe ao indivíduo e sua família um elevado índice de adaptações físicas e psicológicas, resultantes do tratamento e que se mantêm ao longo da sua vida, como é o caso das ostomias definitivas e consequentes alterações do funcionamento sexual e imagem corporal, entre outros.

É, por isso, fundamental que se efectue um estudo mais aprofundado desta área de modo a melhorar a compreensão dos factores que mais interferem com a qualidade de vida do doente e família, contribuindo assim mais efectivamente para a melhoria dos cuidados que lhe são prestados.

HIPÓTESE 1

Prevê-se que os doentes ostomizados apresentem pior qualidade de vida, maior insatisfação em relação à sua imagem corporal, satisfação marital e satisfação sexual, maiores níveis de ansiedade e depressão e maior insatisfação perante os cuidados de saúde recebidos quando comparados com os doentes não ostomizados.

HIPÓTESE 2

Prevê-se que exista uma relação positiva entre a imagem corporal, satisfação sexual, satisfação marital, satisfação em relação aos cuidados de saúde recebidos e qualidade de vida e uma relação negativa entre a depressão, a ansiedade e a qualidade de vida, nos doentes com cancro colorectal.

HIPÓTESE 3

Prevê-se que os cuidadores/familiares dos doentes ostomizados apresentem maiores níveis de ansiedade, depressão e exaustão familiar, quando comparados com os cuidadores/familiares dos doentes não ostomizados.



HIPÓTESE 4

Prevê-se que exista uma relação positiva entre a morbilidade psicológica dos doentes (ostomizados e não ostomizados) e a exaustão familiar e morbilidade psicológica dos seus cuidadores/familiares.

1.3. VARIÁVEIS EM ESTUDO

1.3.1. VARIÁVEIS CLÍNICAS RELATIVAS AO DOENTES

- Cancro colorectal

Este tipo de tumor tem origem, de modo geral, na mutação de novas células que se formam na camada mucosa da parede intestinal, a qual dá origem ao aparecimento de adenomas no interior do intestino. Se não se proceder atempadamente à sua remoção, dar-se-á a formação do tumor maligno (Ellis & Saddler, 2000).

- Tempo decorrido desde que foi submetido a cirurgia

Relativamente a este aspecto, foram incluídos na amostra os indivíduos cujo período pós cirurgia oscilava entre os 6 e os 10 meses.

- Tratamentos efectuados

De acordo com os tratamentos efectuados, foram considerados os seguintes tratamentos:

- Cirurgia
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Cirurgia, Quimioterapia e Radioterapia em simultâneo

- Ostomia

Um significativo número de doentes com CCR necessita da formação de uma ostomia, como forma de permitir a remoção completa do tumor, nomeadamente se o tumor se situa no recto.

Tendo em conta a relevância deste facto, os doentes foram estratificados nos seguintes grupos:

- Com ostomia
- Sem ostomia

Ainda no âmbito das variáveis independentes, foram estudadas 3 variáveis demográficas – idade, sexo e estado civil.

A incidência do CCR aumenta com a idade ocorrendo, de modo geral, na sexta ou sétima década de vida (Ellis & Saddler, 2000).

1.3.2. VARIÁVEIS DEPENDENTES RELATIVAS AO DOENTE

As variáveis dependentes estudadas correspondem às dimensões físicas, psicológicas e sociais que se pressupõem mais afectadas pelo impacto do diagnóstico de cancro colorectal, no doente e família.

- Qualidade de Vida

Grant & Dean (2003) citando Ferran`s (1990) referem que a definição da dimensão *Qualidade de vida* pode ser agrupada em cinco categorias diferentes, que se focam essencialmente na capacidade que o doente apresenta para viver uma vida normal, felicidade/satisfação, realização dos objectivos pessoais, capacidade para levar uma vida social adequada e possuir competências físicas e mentais.

De acordo com esta abordagem, utilizou-se o EORTC QLQ-C30, questionário desenvolvido para avaliar a qualidade de vida dos doentes com cancro, associado ao módulo EORTC QLQ – CR38 que está direccionado para avaliar as áreas relacionadas com o CCR.

- Morbilidade Psicológica

A morbilidade psicológica inclui a ansiedade e depressão. Marques e colaboradores (1991) salientam que um diagnóstico de cancro surge como um acontecimento de vida, que vai implicar a gestão dum turbilhão de emoções ... ocorrendo, de modo geral, sentimentos depressivos e/ou ansiosos.

Com base na revisão bibliográfica efectuada constata-se que a ansiedade e depressão cursam, de modo geral, com o diagnóstico de CCR, nomeadamente quando existe a necessidade de recurso a ostomia.

Com base nestes pressupostos aplicou-se o questionário *The Hospital Anxiety and Depression Scale* (Zigmond & Snaith, 1983).

- Satisfação Marital

A satisfação marital sofre alterações significativas quando o casal é confrontado com um diagnóstico de cancro. Estas alterações são mais significativas quando existe a necessidade de efectuar uma ostomia.

Bernard e Hurny (1998) citado por Estapé (2002) referem que a relação conjugal no que se refere ao doente ostomizado é bastante afectada pelas limitações psicológicas que a doença impõe, nomeadamente o isolamento social e a ocorrência de depressão, bastante comum neste grupo de doentes.

Para dar resposta a esta problemática foi aplicado o *Índice de Satisfação Marital* (Hudson, 1982).

- Imagem Corporal

Um grande número de doenças e tratamentos provocam alterações significativas na imagem corporal do doente.

Estas alterações da imagem corporal estão claramente relacionadas com o funcionamento sexual e social do doente (Pruzinsky, 2004), aspectos que apresentam um impacto significativo na sua qualidade de vida. Por este motivo, o estudo do impacto do CCR e as suas repercussões na auto imagem do doente reveste-se de uma importante relevância clínica.

Hopwood e colaboradores (2001) referem que a imagem corporal é um importante objectivo na avaliação da qualidade de vida tendo em conta que o tratamento do cancro pode causar significativas alterações na aparência do doente, resultantes de cirurgias mutilantes, sequelas da radioterapia e efeitos adversos da quimioterapia.

Tendo por base estes pressupostos e considerando de extrema importância a imagem corporal do doente submetido a cirurgia por cancro colorectal, foi utilizada a *Escala de Imagem Corporal* para uso em doentes com

cancro (A Body image scale for use with cancer patients) (P. Hopwood, I. Fletcher, A. Lee, S. Al Ghazal, 2001).

- Satisfação Sexual

A sexualidade de um indivíduo com cancro pode ser afectada por inúmeros factores, incluindo os processos biológicos do cancro, os efeitos do tratamento, outros problemas de saúde e medicação associados e aspectos psicológicos e sociais, tais como normas religiosas ou culturais que envolvem o doente e a família (Krebs, 2000).

Também Barsevick e colaboradores (2000) referem que a disfunção sexual em doentes com cancro pode estar relacionada com factores biológicos, psicológicos e sociais.

Através da literatura consultada constatou-se que a cirurgia do cancro colorectal pode causar disfunção sexual em doentes de ambos os sexos. De um modo geral, as alterações sexuais femininas estão relacionadas com problemas psicossociais, enquanto que as alterações masculinas estão relacionadas com questões físicas e psicossociais.

A necessidade de uma colostomia está marcadamente associada a disfunção sexual provocada pela destruição nervosa inerente à técnica cirúrgica. Esta alteração pode ser devida ao impacto negativo que a presença de uma colostomia impõe ao doente relativamente à sua auto imagem, auto-estima e relação com familiares e amigos, (Krebs, 2000).

Pela importância que a satisfação sexual tem na qualidade de vida do doente e pelas alterações profundas que o CCR lhe impõe, tornou-se imperiosa a inclusão desta variável, a qual foi avaliada através da utilização do *Índice de Satisfação Sexual* (Hudson, 1982), que visa medir o grau de satisfação do doente relativamente à dimensão sexual.

- Satisfação do doente

A satisfação do doente perante os cuidados recebidos está, em grande parte, relacionada com a qualidade da informação recebida.

Barsevick e colaboradores (2000) referem que alguns estudos sugerem que as enfermeiras podem ter um importante papel na abertura de canais comunicacionais entre o doente e o cônjuge.

Ainda relativamente à importância do papel da enfermeira, Kuehner e Buerger (2005), citando vários autores, salientam que a satisfação com os cuidados de enfermagem, quer interpessoais quer técnicos, são o primeiro factor na satisfação global do doente.

Os mesmos autores salientam ainda que alguns estudos identificaram vários problemas na comunicação entre os profissionais de saúde e o doente com cancro, nos quais se inclui a dificuldade em entender os médicos, dificuldade em expressar os seus sentimentos, desejo de ter maior poder na tomada de decisão e dificuldade em colocar questões.

Como forma de enfatizar a importância da comunicação na satisfação do doente Eide e colaboradores (2003) salientam que é importante que os profissionais de saúde despendam algum tempo em conversa informal com o doente, pois a conversa informal constitui um aspecto importante para que o médico possa demonstrar que para ele o doente é uma pessoa e não apenas um caso clínico.

A constatação de que a satisfação do doente face aos cuidados de saúde recebidos influencia de forma positiva a qualidade de vida do doente, levou à inclusão desta variável no presente estudo, sendo esta avaliada através do Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente.

1.3.3. VARIÁVEIS INDEPENDENTES RELATIVAS AO CUIDADOR/FAMILIAR

- Relação com o doente

A relação com o doente apresenta-se como uma variável importante para a percepção do estudo, tendo em conta que esta pode influenciar significativamente a exaustão do cuidador informal.

A literatura consultada aponta para que o cuidador informal seja, de um modo geral, o cônjuge, o que implica existirem já limitações associadas a uma idade avançada.

A **idade** surge assim, como uma variável independente de enorme relevância, pois só por si pode influenciar, de forma esmagadora a qualidade de

vida do cuidador. Ekwall e colaboradores (2005) salientam que ser idoso e cuidar de outro idoso pode afectar a vida em vários aspectos, como a saúde física e psicológica e diminuir o seu tempo de descanso, o que pode por sua vez afectar a sua vida social e a sua qualidade de vida, factores que em muito contribuem para o isolamento social do cuidador.

O **sexo** também foi definido como variável independente. Ekwall e colaboradores (2005) salientam que o papel de cuidador afecta de modo diferente o stress evidenciado pelos cuidadores do sexo feminino quando comparados com os cuidadores do sexo masculino. Assim, os níveis de stress na mulher são afectados não só pelas alterações na sua saúde como também pelas alterações verificadas na saúde do marido. Relativamente ao nível de stress nos homens, este apenas é afectado pela sua saúde pessoal.

1.3.4. VARIÁVEIS DEPENDENTES RELATIVAS AO CUIDADOR/FAMILIAR

- Exaustão do cuidador/familiar

A exaustão do cuidador/familiar surge como consequência da carga física, psicológica e social que o diagnóstico de cancro lhes impõe.

A este respeito Mcilfatrick e colaboradores (2005) salientam que o cancro acarreta sérias consequências psicológicas e sociais para a família e outros cuidadores próximos do doente com cancro.

A alta precoce, com a consequente inclusão do doente no seio familiar ainda a requerer um elevado número de cuidados de saúde, veio aumentar a responsabilidade dos familiares e outros cuidadores informais na prestação desses mesmos cuidados. De acordo com Jansma e colaboradores (2005) 55% dos cuidados recebidos pelos doentes são-lhe prestados por cuidadores informais, em especial a família.

Mesmo que alguns dos cuidados mais específicos sejam prestados por profissionais de saúde, os familiares necessitam de assumir a responsabilidade de um elevado número de cuidados, onde se incluem os cuidados relacionados com as actividades de vida, com gestão de finanças e com procedimentos técnicos (pensos e medicação), para além de contribuírem para a melhoria da qualidade de vida do doente controlando os sintomas e prevenindo o aparecimento de possíveis complicações, (Cameron et al., 2004).

Embora os cuidadores tenham recebido formação adequada por parte dos profissionais de saúde, não possuem o mesmo distanciamento, tendo em conta que estão a cuidar diariamente dos seus ente queridos. Este aspecto causa um desgaste psicológico intenso podendo ocorrer fricção entre o seu papel de cuidador e a relação com o doente (Jansma et al., 2005).

Alguns estudos referidos por Kuuppelomaki e colaboradores (2004) concluíram que a exaustão é maior em famílias que receberam pouco suporte e ajuda quer dos profissionais de saúde quer de familiares e amigos e quando a relação com o doente é pobre. Os mesmos autores salientam ainda que a falta de informação, a incerteza acerca do futuro e recursos financeiros inadequados agravam substancialmente a exaustão familiar.

Para avaliar esta variável foi utilizada a **Escala de Avaliação da Exaustão Familiar** (Reinhart & Horwitz, 1992).

- Ansiedade e Depressão

As reacções emocionais apresentadas pelos cuidadores incluem sentimentos de culpa, cólera, preocupação, ansiedade e depressão para além da sensação de incapacidade para cuidar dos seus familiares sem a ajuda dos profissionais de saúde (Kuuppelomaki et al., 2004).

Cuidar de um familiar tem, de um modo geral, um impacto negativo no estilo de vida do cuidador, em especial no seu bem-estar emocional e na saúde física (Cameron, 2004).

A família fornece à pessoa doente a esmagadora maioria dos cuidados de que estes necessitam. Brown e Stetz (1999) referem que este processo de ser cuidador de um familiar doente tem um impacto devastador na sua vida física e psicológica.

Cuidar de um doente grave implica um intenso sofrimento pessoal. De um modo geral, os cuidadores apresentam sintomas de stress, exaustão, perda e desgosto antecipatório. Algumas vezes apresentam uma esmagadora sensação de solidão (Brown & Stetz, 1999).

Como forma de salientar as consequências devastadoras do diagnóstico de cancro no seio familiar, Sorensen e Luckman (1998) referem que existem vários

estudos que apontam para a existência de depressão, ansiedade, frustração e exaustão nos seus membros.

Também Limonero Garcia citado por Moreira (2001) conclui que a ansiedade e a tensão a que a família está submetida podem originar nalguns casos a ocorrência de sintomas psicofisiológicos, tais como perda de apetite, de peso e dificuldade em dormir.

Para avaliar a depressão do cuidador informal foi utilizado o Inventário Depressivo de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961).

Para avaliar a ansiedade foi utilizado o Inventário de avaliação da ansiedade traço e estado (STAI) (Spielberg et al., 1983).

1.4. AMOSTRA

O presente estudo incidiu sobre uma amostra de doentes com CCR, submetidos a cirurgia, nos Hospitais Garcia de Orta, Nossa Senhora do Rosário, no Barreiro e São-Bernardo, em Setúbal.

A amostra é de conveniência, tendo sido obtida de forma sequencial, ou seja, foram incluídos todos os sujeitos elegíveis para participar no estudo, que fossem à consulta de Hemato-Oncologia nos hospitais acima referidos, no período entre 2 de Janeiro e 31 de Julho de 2005.

Foram também inquiridos os cuidadores/familiares directos indicados pelo doente, independentemente de serem ou não um membro da família.

Os critérios de inclusão dos doentes no estudo foram os seguintes:

- 1.5. Terem idade superior a 18 anos;**
- 1.6. Ter-lhes sido diagnosticado cancro colorectal;**
- 1.7. Terem sido submetidos a cirurgia em consequência da doença, há mais de 6 meses e menos de 9;**
- 1.8. Não terem patologia grave associada que implicasse só por si uma diminuição da qualidade de vida, como por exemplo, insuficiência cardíaca grave;**
- 1.9. Terem sido submetidos a cirurgia pelo cancro colorectal em si e não por metastização.**

Do universo de doentes com CCR e seus cuidadores informais directos foram inquiridos 238 indivíduos (145 doentes com CCR e 93 cuidadores informais).

1.5. PROCEDIMENTOS

No início de 2003, após uma pesquisa bibliográfica exaustiva efectuada com o objectivo de delinear, de forma clara e objectiva, o objecto do estudo, foram efectuados os primeiros contactos com a Universidade do Minho, no intuito de solicitar orientação para o desenvolvimento da tese.

Após este contacto, foi elaborado um projecto de investigação que foi apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, tendo sido aprovado em Outubro de 2003.

Posteriormente foram efectuados contactos com os Directores dos Serviços de Cirurgia dos Hospitais Garcia de Orta, Nossa Senhora do Rosário – Barreiro e São Bernardo – Setúbal. Nesta reunião foi apresentado o projecto e discutidos os objectivos do estudo. Foi também decidido que as entrevistas decorreriam na Unidade de Hemato-Oncologia de cada Hospital, tendo em conta que todos os doentes com cancro, após a alta, se deslocam às Unidades anteriormente referidas para consultas de *follow-up*. No decurso da aprovação do estudo por parte dos Directores foi enviado projecto para os Conselhos de Administração dos referidos Hospitais.

Tendo em conta que o estudo envolvia a colheita de informação confidencial e do foro pessoal do doente e família, os processos foram enviados para a Comissão de Ética de cada Hospital, sendo posteriormente enviada para a Comissão Nacional de Protecção de Dados, a fim de salvaguardar os direitos do doente, da Instituição e do investigador.

Conforme se foram obtendo as respectivas autorizações por parte desta comissão, foram efectuados contactos com as enfermeiras responsáveis pelos respectivos serviços e agendadas reuniões com os Directores dos mesmos, com o objectivo de planear os momentos de recolha de dados.

Quando o doente se dirigia ao serviço para consulta ou tratamento era questionado pela enfermeira responsável pelo serviço, da sua disponibilidade para participar no estudo e, em caso afirmativo, o doente era encaminhado para o gabinete que tinha sido atribuído ao investigador. Antes de cada entrevista, o

doente era informado concretamente sobre os objectivos do estudo, sendo-lhe solicitado o consentimento informado, após confirmação que o doente se encontrava convenientemente esclarecido. Igual procedimento era efectuado relativamente ao cuidador/família.

Se o doente se dirigia sozinho à Unidade, era-lhe solicitado que levasse o questionário para o cuidador/família, sendo-lhe fornecido para o efeito, envelope devidamente endereçado e selado.

Todos os questionários foram preenchidos na presença do investigador, após contacto prévio por parte da enfermeira responsável, sobre a presença do doente no Serviço e a sua disponibilidade para colaborar na investigação. A deslocação aos serviços, por parte do investigador, efectuava-se de forma assídua, por vezes diária, a qual decorreu entre o início de Janeiro e o final de Julho de 2005.

Na avaliação dos sujeitos e seus Cuidadores/familiares manteve-se sempre a mesma ordem de aplicação dos questionários.

1.6. INSTRUMENTOS

Relativamente aos instrumentos seleccionados, e tendo em conta a especificidade da amostra em estudo, apresenta-se a sua descrição seguida dos estudos de validade e fiabilidade daqueles em que houve essa necessidade.

1.6.1. INSTRUMENTOS REFERENTES AO DOENTE

1.6.1.1. QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Este questionário teve como finalidade a recolha de um conjunto de informações relativas ao doente de forma a proporcionar uma caracterização fidedigna dos doentes com CCR, relativamente às variáveis sócio-demográficas (nível etário, idade, sexo, estado civil antes e após cirurgia, habilitações literárias e profissionais, situação laboral e zona de residência) e variáveis clínicas (tempo de diagnóstico, tempo pós cirurgia, tipo de tratamentos efectuados, sintoma referidos, presença ou ausência de ostomia, acompanhamento familiar e número de reinternamentos e recaídas).

1.6.1.2. EORTC QLQ-C30 E QLQ-CR38 (EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE)

O QLQ-C30 é um questionário desenhado para avaliar a qualidade de vida dos doentes com cancro, podendo ser complementado com outros questionários específicos, consoante o tipo de cancro em estudo. Para o estudo em questão foi complementado com o QLQ-C38 que é específico para o CCR. Estes questionários são amplamente utilizados na avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde dos doentes com cancro.

EORTC QLQ-C30: A partir do EORTC QLQ-CR30 obtêm-se dezasseis escalas construídas da seguinte forma:

- Cinco escalas Funcionais cujo resultado varia entre 0 e 100%, correspondendo valores maiores a um maior nível de funcionalidade. O resultado Y é determinado a partir de uma transformação linear com o objectivo de transformar a escala com quatro categorias (1-Não a 4-Muito) numa escala em percentagem: $Y = 100 - \frac{(X-1) \times 100}{3}$, sendo X a média dos itens que compõem determinada escala para cada doente.

Escalas Funcionais	Itens do EORTC QLQ-CR30
Físico	1, 2, 3, 4, 5
Tarefas	6, 7
Emocional	21, 22, 23, 24
Cognitivo	20, 25
Social	26, 27

- Três escalas de Sintomas cujo resultado varia entre 0 e 100%, correspondendo valores maiores a um maior nível de problemas. O resultado Y é determinado a partir de uma transformação linear com o objectivo de transformar a escala com quatro categorias (1-Não a 4-Muito) numa escala em percentagem:

$Y = \frac{(X-1) \times 100}{3}$, sendo X a média dos itens que compõem determinada escala para cada doente.

Escalas de Sintomas	Itens do EORTC QLQ-CR30
Fadiga	10, 12, 18
Dor	9, 19
Náusea / vômitos	14, 15

- Seis escalas Simples cujo resultado varia entre 0 e 100%, correspondendo valores maiores a um maior nível de problemas. O resultado Y é determinado a partir de uma transformação linear com o objectivo de transformar a escala com quatro categorias (1-Não a 4-Muito) numa escala em percentagem:

$Y = \frac{(X-1) \times 100}{3}$, sendo X a classificação do item que constitui determinada escala para cada doente.

Escalas Simples	Itens do EORTC QLQ-CR30
Dispneia	8
Insónia	11
Perda de apetite	13
Prisão de ventre	16
Diarreia	17
Dificuldades financeiras	28

- Uma escala denominada Saúde em Geral cujo resultado varia entre 0 e 100%, correspondendo valores maiores a melhor saúde. O resultado Y é determinado a partir de uma transformação linear com o objectivo de transformar a escala com sete categorias (1-Péssima a 7-Óptima) numa escala em

percentagem: $Y = \frac{(X-1) \times 100}{6}$, sendo X a classificação do item que constitui a escala para cada doente.

Escala	Item do EORTC QLQ-CR30
Saúde em Geral	29

- uma escala denominada Qualidade de Vida Global cujo resultado varia entre 0 e 100%, correspondendo valores maiores a melhor qualidade de vida. O resultado Y é determinado a partir de uma transformação linear com o objectivo de transformar a escala com sete categorias (1-Péssima a 7-Ótima) numa escala em percentagem: $Y = \frac{(X-1) \times 100}{6}$, sendo X a classificação do item que constitui a escala para cada doente.

Escala	Item do EORTC QLQ-CR30
Qualidade de Vida Global	30

CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DO INSTRUMENTO

FIABILIDADE

Relativamente à consistência interna do EORTC QLQ-CR30, o estudo de fidelidade efectuado por Hoopman e colaboradores (2006) apresentou um coeficiente Alpha de Cronbach acima de 0.70, para as sub-escalas multi-itens que o constituem, com excepção da sub-escala *Função Cognitiva* que apresentou um $\alpha=0.57$.

Um outro estudo efectuado por Schuarz e Hinz (2001), no qual foram calculados os coeficientes Alpha Cronbach para todas as sub-escalas constituídas por dois ou mais itens, mostrou os seguintes valores: 0.81 (físico), 0.89 (Tarefas), 0.80 (Emocional), 0.68 (Cognitivo), 0.86 (Social), 0.89 (Saúde em geral/Qualidade de vida), 0.80 (Fadiga), 0.65 (Náuseas/vómitos) e 0.84 (dor).

VALIDADE

A validade do instrumento foi observada através da comparação de grupos pré-definidos em função do *Status Funcional*, definido com base na utilização de *Karnofsky Performance Status Scale* (KPS), da presença de comorbilidade associada, do estadio da doença (doença regional ou loco regional versus doença metastática) e do facto de estar em tratamento activo ou em consultas de Follow-up. Para tal, partiu-se do pressuposto de que os doentes com melhor estado geral, sem comorbilidade associada, com doença local ou loresultadogional e em consultas de *follow-up* apresentariam melhor função e menores sintomas do que

os doentes com pior estado geral, com comorbilidade associada, com doença metastizada e sob tratamento (Hoopman et al., 2006).

Os autores não realizaram nenhum estudo de validade com análise factorial.

VERSÃO DO ESTUDO

FIABILIDADE

No sentido de avaliar a consistência interna da escala, relativamente à amostra em estudo, foi calculado o coeficiente Alfa de Cronbach separadamente para cada uma das 8 sub-escalas multi-itens, tal como foi efectuado pelos autores da escala original. Cada sub-escala avalia diferentes dimensões da qualidade de vida relacionadas com a saúde. Assim, a escala funcional é constituída pelas seguintes sub-escalas: Físico (5 itens), tarefas (2 itens), emocional (5 itens), cognitivo (2 itens), social (2 itens).

A escala de sintomas é constituída pelas seguintes sub-escalas: fadiga (3 itens), dor (2 itens), náuseas/vómitos (2 itens). O questionário apresenta ainda 6 escalas simples: dispneia (1 item), insónia (1 item), perda de apetite (1 item), prisão de ventre (1 item), diarreia (1 item), dificuldades financeiras (1 item). Uma escala denominada “saúde em geral” (1 item) e uma outra denominada *Qualidade de Vida Global* (1 item) que, tal como os autores, são analisadas em conjunto.

Apresentam-se seguidamente os alfas de Cronbach, para cada uma das diversas sub-escalas multi-itens (quadros 2.1 a 2.9).

Quadro 2.1. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do EORTC QLQ-C30 (30 itens - 16 sub-escalas)

Escala Funcional - Sub-escala: Físico (5 itens) (N=145)

Sumário da Sub-escala: Média=9,69; Desvio Padrão=3,27

Alfa de Cronbach: 0.75

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q2.1	6,9262	5,7580	0,6696	0,6484
Q2.2	7,3154	5,1633	0,7220	0,6257
Q2.3	8,5235	9,3863	0,3725	0,7616
Q2.4	7,3826	6,1973	0,6604	0,6519
Q2.5	8,6174	9,9405	0,3253	0,7766

Quadro 2.2. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do EORTC QLQ-C30 (30 itens - 16 sub-escalas)

Escala Funcional - Sub-escala: Tarefas (2 itens) (N=145)

Sumário da Sub-escala: Média=5,71; Desvio Padrão=2,27

Alfa de Cronbach: 0.82

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q2.6	2,7059	1,6037	0,7053	.
Q2.7	3,0131	1,4340	0,7053	.

Quadro 2.3. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do EORTC QLQ-C30 (30 itens - 16 sub-escalas)

Escala Funcional - Sub-escala: Emocional (4 itens) (N=145)

Sumário da Sub-escala: Média=10,84; Desvio Padrão=3,95

Alfa de Cronbach: 0.84

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q2.21	8,2829	8,4161	0,7751	0,7694
Q2.22	7,5987	10,0564	0,6149	0,8384
Q2.23	8,4013	8,6524	0,7517	0,7805
Q2.24	8,2632	9,7978	0,6180	0,8375

Quadro 2.4. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do EORTC QLQ-C30 (30 itens - 16 sub-escalas)

Escala Funcional - Sub-escala: Cognitivo (2 itens) (N=145)

Sumário da Sub-escala: Média=4,46; Desvio Padrão=1,95

Alfa de Cronbach: 0.53

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q2.20	2,3000	1,3389	0,3633	.
Q2.25	2,1600	1,4642	0,3633	.

Quadro 2.5. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do EORTC QLQ-C30 (30 itens - 16 sub-escalas)

Escala Funcional - Sub-escala: Social (2 itens) (N=145)

Sumário da Sub-escala: Média=5,65; Desvio Padrão=2,02

Alfa de Cronbach: 0.76

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q2.26	2,7516	1,2800	0,6159	.
Q2.27	2,9020	1,2469	0,6159	.

Quadro 2.6. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do EORTC QLQ-C30 (30 itens - 16 sub-escalas)

Escala de Sintomas - Sub-escala: Fadiga (3 itens) (N=145)

Sumário da Sub-escala: Média=6,74; Desvio Padrão=2,70

Alfa de Cronbach: 0.83

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q2.10	4,2533	3,5059	0,7452	0,7294
Q2.12	4,8867	3,9132	0,5789	0,8842
Q2.18	4,3533	3,1159	0,7846	0,6837

Quadro 2.7. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do EORTC QLQ-C30 (30 itens - 16 sub-escalas)

Escala de Sintomas - Sub-escala: Dor (2 itens) (N=145)

Sumário da Sub-escala: Média=3,04; Desvio Padrão=1,59

Alfa de Cronbach: 0.88

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q2.9	1,4837	0,7382	0,7996	.
Q2.19	1,5621	0,6688	0,7996	.

Quadro 2.8. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do EORTC QLQ-C30 (30 itens - 16 sub-escalas)

Escala de Sintomas - Sub-escala: Náuseas/Vômitos (2 itens) (N=145)

Sumário da Sub-escala: Média=2,48; Desvio Padrão=1,23

Alfa de Cronbach: 0.74

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q2.14	1,1895	0,3652	0,6159	.
Q2.15	1,2941	0,5906	0,6159	.

Quadro 2.9. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do EORTC QLQ-C30 (30 itens - 16 sub-escalas)

Escala Conjunta - Sub-escalas: Saúde em geral e qualidade de vida global (2 itens) (N=145)

Sumário da Sub-escala: Média=127,89; Desvio Padrão=30,52

Alfa de Cronbach: 0.93

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q2.29	63,3987	259,7179	0,8641	.
Q2.30	64,4880	240,1053	0,8641	.

O Alfa de Cronbach das 8 sub-escalas multi-itens anteriormente apresentadas evidencia uma fidelidade razoável a excelente. Apesar da sub-escala *Cognitivo* apresentar um Alfa de Cronbach de 0,53, considera-se este valor aceitável, tendo em conta que a sub-escala é constituída apenas por dois itens e na versão original apresentar um Alfa de Cronbach também inferior a 0,70 (0,68).

VALIDADE

Devido ao tamanho da amostra, não foi possível avaliar a validade do instrumento através da análise factorial.

EORTC QLQ-CR38: O questionário QLQ-CR38 consiste em 38 itens, sendo que 19 questões são direccionadas para todos os doentes com cancro colorectal e as restantes 19 são direccionadas para sub-grupos de doentes, nomeadamente se é homem ou mulher, se é portador de ostomia ou não.

A partir do EORTC QLQ-CR38 obtêm-se doze escalas construídas da seguinte forma:

- Quatro escalas funcionais cujo resultado varia entre 0 e 100%, correspondendo valores maiores a um maior nível de funcionalidade.

Escalas Funcionais	Itens do EORTC QLQ-CR38
Imagem Corporal	43, 44, 45
Perspectiva Futura	46
Desempenho Sexual	47, 48
Prazer Sexual	49

O resultado Y é determinado a partir de uma transformação linear com o objectivo de transformar a escala com quatro categorias (1-Não a 4-Muito) numa escala em percentagem. O cálculo é obtido através de $Y = 100 - \frac{(X-1) \times 100}{3}$ para

as duas primeiras escalas e através de $Y = \frac{(X-1) \times 100}{3}$ para as restantes, sendo X a média dos itens que compõem determinada escala para cada doente.

- oito escalas de Sintomas cujo resultado varia entre 0 e 100%, correspondendo valores maiores a um maior nível de problemas. O resultado Y é determinado a partir de uma transformação linear com o objectivo de transformar a escala com quatro categorias (1-Não a 4-Muito) numa escala em percentagem:

$Y = \frac{(X-1) \times 100}{3}$, sendo X a média dos itens que compõem determinada escala para cada doente.

Escalas de Sintomas	Items do EORTC QLQ-CR38
Problemas de Micção	31, 32, 33
Efeitos Secundários da Quimioterapia	40, 41, 42
Sintomas no Trato Gastro-intestinal	34, 35, 36, 37, 38
Problemas Sexuais Masculinos	50, 51
Problemas Sexuais Femininos	52, 53
Problemas na Defecção	55, 56, 57, 58, 59, 60, 61
Problemas relacionados com o estoma	62, 63, 64, 65, 66, 67, 68
Perda de Peso	39

Em ambos os questionários uma pontuação elevada para uma escala funcional representa um elevado nível de função, e uma pontuação elevada no estado global de saúde e de qualidade de vida representa uma boa qualidade de vida. Por outro lado, uma elevada pontuação relativa às escalas de sintomas e aos sintomas isolados representa um elevado nível de sintomatologia e de problemas associados (EORTC, 2001).

CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DO INSTRUMENTO

FIABILIDADE

No que concerne ao EORTC QLQ-CR38, Sprangers e colaboradores (1999) obtiveram coeficientes Alpha de Cronbach superiores a 0.70 para as sub-escalas *Imagem Corporal*, *Actividade Sexual*, *Problemas de Defecação*, *Problemas Relacionados com o Estoma* e *Problemas Sexuais Masculinos*. Os coeficientes para a sub-escala *Efeitos Secundários da Quimioterapia* variaram, nos vários estudos efectuados, entre 0.47 e 0.61; e, para a sub-escala *Sintomas no Tracto Gastro-Intestinal* oscilaram, entre 0.49 e 0.61.

VALIDADE

A validade do QLQ-CR38 foi observada através da comparação de grupos de doentes pré-definidos em função de variáveis clínicas que permitiam a separação clara dos doentes por cada grupo.

A validade foi observada em dois momentos diferentes. No primeiro momento as variáveis estipuladas foram o *Status Funcional* do doente, estipulado com base na utilização da *Karnofsky Performance Status Scale* (KPS) e o estadio da doença (doença regional ou loco regional versus doença metastática (Sprangers et al., 1999).

No segundo momento de avaliação, os parâmetros clínicos incluídos foram estar em tratamento activo (quimioterapia e radioterapia) ou em consulta de follow-up e a existência ou não de uma ostomia.

Os resultados encontrados evidenciam a capacidade que o instrumento apresenta para discriminar os doentes por sub-grupos, consoante a sua situação clínica. Esta capacidade foi mais evidente em relação ao estadio da doença, ao facto de estar ou não em tratamento activo e à presença ou não de um estoma. As escalas que avaliam os efeitos secundários da quimioterapia e os sintomas do tracto gastrointestinal apresentaram valores mais fracos, o que, na opinião de Sprangers e colaboradores (1999), pode ser devido ao facto de os sintomas gastrointestinais poderem ocorrer também como sinal indicativo da progressão da doença.

Os autores não realizaram nenhum estudo de validade com análise factorial.

VERSÃO DO ESTUDO

FIABILIDADE

No sentido de avaliar a consistência interna da escala, relativamente à amostra em estudo, foi calculado o coeficiente Alfa de Cronbach separadamente para cada uma das 9 sub-escalas multi-itens, tal como foi efectuado pelos autores da escala original. Cada sub-escala avalia diferentes dimensões da qualidade de vida relacionadas com a saúde.

Apresentam-se seguidamente os valores do alfa de Cronbach, para cada uma das diversas sub-escalas multi-itens (quadros 2.10 a 2.18).

Quadro 2.10. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do EORTC QLQ-C38 (38 itens - 12 sub-escalas)

Escala Funcional - Sub-escala: Imagem Corporal (3 itens) (N=145)

Sumário da Sub-escala: Média=5,65; Desvio Padrão=3,46

Alfa de Cronbach: 0.93

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q2.43	3,7500	5,5927	0,8731	0,9129
Q2.44	3,8684	5,6117	0,8665	0,9179
Q2.45	3,6974	5,2456	0,8848	0,9042

Quadro 2.11. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do EORTC QLQ-C38 (38 itens - 12 sub-escalas)

Escala Funcional - Sub-escala: Desempenho sexual (2 itens) (N=145)

Sumário da Sub-escala: Média=3,57; Desvio Padrão=1,91

Alfa de Cronbach: 0.94

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q2.47	1,7361	0,8809	0,8976	.
Q2.48	1,8403	1,0582	0,8976	.

Quadro 2.12. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do EORTC QLQ-C38 (38 itens - 12 sub-escalas)

Escala de Sintomas - Sub-escala: Problemas de Micção (3 itens) (N=145)

Sumário da Sub-escala: Média=6,74; Desvio Padrão=1,59

Alfa de Cronbach: 0.45

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q2.31	3,5686	1,2601	0,4381	0,0538
Q2.32	4,2810	,8218	0,3517	0,2618
Q2.33	5,6405	2,2449	0,1180	0,5565

Quadro 2.13. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do EORTC QLQ-C38 (38 itens - 12 sub-escalas)

Escala de Sintomas - Sub-escala: Efeitos Secundários da Quimioterapia (3 itens) (N=145)

Sumário da Sub-escala: Média=6,53; Desvio Padrão=2,91

Alfa de Cronbach: 0.70

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q2.40	4,3092	4,9170	0,4010	0,7474
Q2.41	4,3289	4,3547	0,5175	0,6109
Q2.42	4,4276	3,7563	0,6505	0,4306

Quadro 2.14. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do EORTC QLQ-C38 (38 itens - 12 sub-escalas)

Escala de Sintomas - Sub-escala: Sintomas no Tracto Gastro-intestinal (5 itens) (N=145)

Sumário da Sub-escala: Média=9,15; Desvio Padrão=2,39

Alfa de Cronbach: 0.34

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q2.34	7,7582	4,3819	0,2459	0,2506
Q2.35	7,7320	4,0922	0,3796	0,1583
Q2.36	7,8301	4,6157	0,1541	0,3149
Q2.37	5,9804	4,0193	0,1365	0,3397
Q2.38	7,3268	4,2872	0,0439	0,4372

Quadro 2.15. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do EORTC QLQ-C38 (38 itens - 12 sub-escalas)

Escala de Sintomas - Sub-escala: Problemas Sexuais Masculinos (2 itens) (N=77)

Sumário da Sub-escala: Média=4,75; Desvio Padrão=2,17

Alfa de Cronbach: 0.57

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q2.50	2,0260	1,6309	0,4011	.
Q2.51	2,7273	1,7536	0,4011	.

Quadro 2.16. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do EORTC QLQ-C38 (38 itens - 12 sub-escalas)

Escala de Sintomas - Sub-escala: Problemas Sexuais Femininos (2 itens) (N=18)

Sumário da Sub-escala: Média=3,94; Desvio Padrão=2,20

Alfa de Cronbach: 0.77

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q2.52	1,7222	1,2712	0,6423	.
Q2.53	2,2222	1,7124	0,6423	.

Quadro 2.17. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do EORTC QLQ-C38 (38 itens - 12 sub-escalas)

Escala de Sintomas - Sub-escala: Problemas de Defecação (7 itens) (N=104)

Sumário da Sub-escala: Média=10,56; Desvio Padrão=2,22

Alfa de Cronbach: 0.27

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q2.55	8,0577	4,3073	0,0802	0,4234
Q2.56	9,3365	4,5167	0,0213	0,3007
Q2.57	8,9231	3,3144	0,2931	0,0988
Q2.58	9,3846	4,0836	0,2416	0,1856
Q2.59	9,5288	4,8924	0,0428	0,2826
Q2.60	8,8846	3,5594	0,1493	0,2227
Q2.61	9,2885	3,9354	0,2399	0,1751

Quadro 2.18. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do EORTC QLQ-C38 (38 itens - 12 sub-escalas)

Escala de Sintomas - Sub-escala: Problemas relacionados com o estoma (7 itens) (N=45)

Sumário da Sub-escala: Média=21,4; Desvio Padrão=6,11

Alfa de Cronbach: 0.86

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q2.62	18,1778	26,7859	0,7788	0,8211
Q2.63	18,0667	27,1091	0,7452	0,8258
Q2.64	17,8222	29,6949	0,7046	0,8373
Q2.65	18,8667	30,0273	0,3909	0,8778
Q2.66	18,8889	30,2828	0,4061	0,8734
Q2.67	18,4444	25,5707	0,7558	0,8224
Q2.68	18,1333	26,9818	0,7347	0,8269

Após análise efectuada aos quadros anteriormente apresentados, constata-se que as sub-escalas *Problemas de Micção*, *Sintomas do Tracto Gastro-Intestinal*, *Problemas de Defecação* e *Problemas Sexuais Masculinos*, apresentam um alfa de Cronbach inferior a 0.70, o que indica baixa consistência interna, não sendo por isso incluídas no teste de hipóteses. Contudo, e devido ao tamanho da amostra, não foi possível avaliar a validade do instrumento através da análise factorial.

1.6.1.3. ÍNDICE DE SATISFAÇÃO MARITAL

VERSÃO ORIGINAL (HUDSON, 1982)

O Índice de Satisfação Marital - ISM - é, na perspectiva dos seus autores, Hudson (1982), um instrumento desenhado para avaliar o grau, severidade ou magnitude de um problema conjugal referido por um dos membros do casal (esposa ou marido). Este instrumento tem como objectivo a avaliação da extensão dos problemas numa relação conjugal, mas unicamente segundo a percepção de um dos conjugues.

A partir dos vinte e cinco itens do questionário, determina-se o resultado Y da seguinte forma: $Y = 100 - \frac{(X - 25) \times 100}{6 \times 25}$, sendo X a soma das classificações dos vários itens para cada doente. Esta soma é obtida multiplicando o número de itens (25, neste caso) pela média das classificações naqueles itens, substituindo-se, deste modo, eventuais não-respostas pelo valor médio.

A transformação linear aplicada tem por objectivo transformar uma escala com sete categorias (1-Nunca sinto a 7-Sinto sempre) numa escala em percentagem, correspondendo maiores percentagens a uma maior severidade de problemas conjugais.

Atendendo a que os vinte e cinco itens não estão orientados todos no mesmo sentido, isto é, alguns pontuam mais no sentido de uma maior severidade de problemas, enquanto outros pontuam no sentido contrário, houve necessidade de inverter os seguintes itens: 2, 4, 6, 7, 10, 12, 14, 15, 18, 22, 24 e 25.

O ponto de corte do ISM é de 30, sendo que resultados situados abaixo deste ponto indicam ausência de problemas clínicos relevantes, percebidos pelo conjugue. Resultados acima de 30 sugerem a presença de problemas significativos e resultados acima de 70 indicam a existência de stresse severo na relação marital, indicando ainda a possibilidade de ocorrência de algum tipo de violência.

CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DO INSTRUMENTO

FIABILIDADE

A versão utilizada no presente estudo foi a versão portuguesa de Sousa (2005). A autora aplicou esta escala a uma amostra de doentes com esclerose múltipla, sendo a sua fidelidade calculada pela computação do coeficiente Alpha de Cronbach. Os valores obtidos são 0.89, o que indica uma elevada consistência interna, relativamente aos seus itens.

Relativamente à fiabilidade do instrumento e segundo Hudson (1998) o ISM apresenta um Alfa de Cronbach=0.96, o que indica uma excelente consistência interna.

VALIDADE

A validade da escala foi, no estudo anteriormente referido, efectuada através de análise factorial, a qual revelou a existência de 3 componentes, nomeadamente *Estabilização da Relação* constituído por 15 itens e explicando 40,6% da variância total; *Análise Retrospectiva da Relação*, com 5 itens e explicando 18,1% da Variância, e *Similaridade de Interesses* com 5 itens e explicando 14,9% da variância. Gomes (2005) efectuou a avaliação da consistência interna da cada componente através do alfa de Cronbach sendo os valores, para o componente *Estabilização da Relação* de 0,75; para o componente *Análise Retrospectiva da Relação* de 0,68; e para o componente *Similaridade de Interesses* de 0,67.

VERSÃO DO ESTUDO

FIABILIDADE

Para determinar a consistência interna do ISM relativamente aos doentes com cancro colorectal foi calculado o coeficiente de Alfa de Cronbach, cujo valor é, para a sua totalidade, $\alpha=0.96$, demonstrando uma elevada fidelidade, conforme se pode observar no quadro 2.19. As correlações dos itens com o total variaram entre os valores 0.41 e 0.92.

Quadro 2.19. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do Índice de Satisfação Marital (25 itens) (N=101)

Sumário da escala: Média=151,94; Desvio Padrão=27,81

Alfa de Cronbach: 0.96

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q3.1	146,1782	707,3879	0,7596	0,9614
Q3.2	145,2970	730,6709	0,7061	0,9622
Q3.3	145,5050	718,7925	0,8320	0,9612
Q3.4	145,3663	730,4945	0,6646	0,9624
Q3.5	145,7426	728,6931	0,4177	0,9651
Q3.6	145,2277	731,9776	0,7175	0,9622
Q3.7	146,2574	714,4131	0,5247	0,9643
Q3.8	145,8515	708,8677	0,7944	0,9612
Q3.9	146,1485	704,2477	0,7982	0,9611
Q3.10	156,3168	703,5786	0,7014	0,9621
Q3.11	147,1584	726,5747	0,5609	0,9632
Q3.12	145,9703	714,7691	0,6196	0,9628
Q3.13	145,8713	711,1733	0,8306	0,9610
Q3.14	145,2871	725,5467	0,7024	0,9621
Q3.15	146,0693	712,2451	0,5418	0,9641
Q3.16	145,9802	706,1796	0,7857	0,9612
Q3.17	145,7426	724,8331	0,7057	0,9620
Q3.18	145,3465	714,3687	0,8560	0,9609
Q3.19	145,9901	697,8499	0,8861	0,9603
Q3.20	145,8812	697,2857	0,9241	0,9600
Q3.21	145,8911	695,5380	0,8851	0,9602
Q3.22	145,4158	715,7653	0,8007	0,9613
Q3.23	145,6535	710,1687	0,8748	0,9607
Q3.24	145,7921	705,4063	0,7639	0,9614
Q3.25	146,6337	712,6145	0,5245	0,9644

Tendo em conta que os autores do instrumento original não efectuaram análise factorial, foi calculado o alfa de Cronbach para cada um dos 3 componentes da escala, de acordo com a versão adaptada por Gomes (2005) no seu estudo realizado em mulheres grávidas. Esta versão apresentou três factores que correspondem a três subescalas: estabilidade da relação conjugal com 0,75, Análise retrospectiva do relacionamento com 0,68 e Similariedade de interesses com 0,67.

A versão do presente estudo, tendo em consideração os três factores encontrados por Gomes (2005), encontra-se nos quadros 2.20, 2.21 e 2.22.

Quadro 2.20. Coeficientes de consistência interna de Cronbach da Componente Estabilidade da relação Conjugal (15 itens) (N=101)

Sumário da escala: Média=92,35; Desvio Padrão=16,59

Alfa de Cronbach: 0.94

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q3.1	86,59	236,499	0,753	0,939
Q3.2	85,70	249,467	0,725	0,941
Q3.3	85,91	243,590	0,822	0,938
Q3.5	86,14	250,099	0,381	0,950
Q3.6	85,63	251,451	0,699	0,941
Q3.7	86,66	239,776	0,526	0,947
Q3.8	86,26	236,274	0,819	0,937
Q3.9	86,55	233,916	0,814	0,937
Q3.12	86,37	241,176	0,605	0,943
Q3.13	86,27	239,396	0,815	0,938
Q3.14	85,69	247,785	0,683	0,941
Q3.16	86,39	235,024	0,802	0,938
Q3.17	86,16	246,819	0,697	0,941
Q3.20	86,28	231,498	0,911	0,935
Q3.21	86,29	230,522	0,871	0,936

Quadro 2.21. Coeficientes de consistência interna de Cronbach da Componente Similaridade de Interesses (5 itens) (N=101)

Sumário da escala: Média=30,89; Desvio Padrão=6,110

Alfa de Cronbach: 0.83

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q3.4	24,39	28,003	0,564	0,811
Q3.18	24,46	24,523	0,691	0,774
Q3.22	24,38	25,383	0,762	0,762
Q3.24	24,76	23,368	0,713	0,766
Q3.25	25,59	23,354	0,494	0,852

Quadro 2.22. Coeficientes de consistência interna de Cronbach da Componente Análise Retrospectiva da Relação (5 itens) (N=101)

Sumário da escala: Média=28,22; Desvio Padrão=6,437

Alfa de Cronbach: 0.82

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q3.10	6,4123	23,8374	0,7605	0,7303
Q3.11	5,8158	20,8065	0,7559	0,7145
Q3.15	6,2193	23,2524	0,4741	0,8160
Q3.19	6,7193	26,1506	0,6995	0,7585
Q3.23	6,2018	24,0740	0,4405	0,8246

Da observação dos quadros anteriormente apresentados pode constatar-se que todas as componentes desta escala apresentam um alfa de Cronbach que denota uma elevada consistência interna.

Devido ao tamanho da amostra (apenas 101 doentes eram casados ou viviam em união de facto), não foi possível avaliar a validade do constructo através de análise factorial.

1.6.1.4. ÍNDICE DE SATISFAÇÃO SEXUAL

VERSÃO ORIGINAL (WALTER & HUDSON, 1982)

Tendo em conta as dificuldades sentidas no que concerne à avaliação de atitudes e comportamentos sexuais, Hudson criou, em 1974, uma escala denominada Index of Sexual Satisfaction, cujo objectivo é avaliar o grau de satisfação relativo à dimensão sexual de uma relação diádica (Hudson, 1978a, 1978b; Hudson, Harrison & Crosscup, 1981).

A partir dos vinte e cinco itens do questionário, determina-se o resultado Y da seguinte forma: $Y = 100 - \frac{(X - 25) \times 100}{6 \times 25}$, sendo X a soma das classificações dos vários itens para cada doente. Esta soma é obtida multiplicando o número de itens (25, neste caso) pela média das classificações naqueles itens, substituindo-se, deste modo, eventuais não-respostas pelo valor médio.

A transformação linear aplicada tem por objectivo transformar uma escala com sete categorias (1-Nunca sinto a 7-Sinto sempre) numa escala em

percentagem, correspondendo maiores percentagens a uma maior severidade de problemas sexuais.

Atendendo a que os vinte e cinco itens não estão orientados todos no mesmo sentido, isto é, alguns pontuam mais no sentido de uma maior severidade de problemas, enquanto outros pontuam no sentido contrário, houve necessidade de inverter os seguintes itens: 4, 5, 6, 7, 8, 11, 13, 14, 15, 18, 20, 24 e 25.

Ao criar este questionário, o autor, estabeleceu como *ponto de corte* o *resultado* de 30 pontos, sendo que:

Pontuações <30 sugerem ausência de problemática sexual

Pontuações ≥ 30 sugerem presença de problemática sexual.

CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DO INSTRUMENTO

FIABILIDADE

Hudson (1982) afirma que o ISS apresenta elevada consistência interna, sendo o coeficiente Alpha de Cronbach 0.92. No estudo efectuado por Aviram e Amichai-Hamburger (2005) a escala apresentou uma elevada consistência interna com um coeficiente Alpha de Cronbach de 0.96.

A versão utilizada neste estudo foi a versão portuguesa de Pereira (2004).

VALIDADE

No que concerne à validade do instrumento, Meston (2004) salienta que o coeficiente de validade foi efectuada com base na comparação de grupos tendo esta apresentado um coeficiente de 0,76. Hudson (1998) salienta que a escala apresenta uma boa validade.

VERSÃO DO ESTUDO

FIABILIDADE

Para determinar a consistência interna do ISS relativamente à amostra em estudo foi calculado o coeficiente de Alfa de Cronbach, cujo valor é: Alpha=0.92, demonstrando uma elevada fidelidade, conforme se pode observar no quadro 2.23.

Quadro 2.23. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do Índice de Satisfação Sexual (25 itens) (N=58)

Sumário da escala: Média=132,94; Desvio Padrão=25,94

Alfa de Cronbach: 0.92

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q4.1	127,9483	611,9446	0,6833	0,9175
Q4.2	128,9828	612,1927	0,7575	0,9167
Q4.3	128,4310	595,8987	0,8163	0,9150
Q4.4	127,2069	649,1845	0,1797	0,9272
Q4.5	126,2069	654,3073	0,2902	0,9232
Q4.6	128,4483	592,6376	0,7714	0,9155
Q4.7	128,2414	609,2390	0,6266	0,9184
Q4.8	128,5690	590,3899	0,7361	0,9161
Q4.9	128,7414	621,2126	0,5292	0,9201
Q4.10	127,4138	617,1240	0,6787	0,9178
Q4.11	126,6897	664,0423	0,1051	0,9255
Q4.12	128,1897	596,4722	0,8480	0,9146
Q4.13	127,3621	677,3929	0,0833	0,9295
Q4.14	127,0000	623,5088	0,5369	0,9200
Q4.15	126,0000	670,4561	0,1135	0,9242
Q4.16	127,6552	611,3527	0,6860	0,9175
Q4.17	126,7241	631,5366	0,5288	0,9202
Q4.18	127,5862	665,5100	0,0373	0,9289
Q4.19	127,6552	601,4229	0,7483	0,9162
Q4.20	127,0517	629,2078	0,5060	0,9205
Q4.21	127,9655	605,4725	0,7330	0,9166
Q4.22	127,5690	610,3899	0,6898	0,9174
Q4.23	128,0345	598,1742	0,7442	0,9161
Q4.24	127,7414	615,6337	0,5073	0,9208
Q4.25	127,3448	599,4229	0,7592	0,9159

Devido ao tamanho da amostra (apenas 58 doentes referiram ter vida sexual activa), não foi possível avaliar a validade do instrumento através de análise factorial.

6.1.5. ESCALA DE IMAGEM CORPORAL

(HOPWOOD, FLETCHER, LEE & AL GHAZAL, 2001)

Considerando que a imagem corporal constitui um aspecto importante da avaliação da qualidade de vida do doente com cancro, tendo em conta as profundas alterações que a própria doença pode provocar, Hopwood e colaboradores criaram, em conjunto com a *European Organization for Research and treatment of cancer (EORTC) Quality of Life Study Group* uma escala de avaliação da Imagem Corporal curta, que pudesse ser utilizada nos estudos clínicos com doentes com cancro, de forma a poder avaliar-se o impacto subjectivo dos tratamentos a que os doentes com cancro são submetidos (Hopwood, Fletcher, Lee & Al Ghazal, 2001).

Esta escala de auto-avaliação é constituída por 10 itens e, segundo os mesmos autores, foi criada com o objectivo de ser utilizada em doentes com quaisquer tipos de cancro e qualquer forma de tratamento, sendo aplicada como modulo, em conjunção com o instrumento de medida da EORTC QLQ-C30, em estudos nos quais a imagem corporal tivesse um papel determinante.

Os 10 itens que constituem a Escala de Imagem Corporal integram itens afectivos (ex: Sinto-me atractiva/attractivo), comportamentais (ex: Evito as pessoas pela minha aparência) e cognitivos (ex: Satisfeita/o com a aparência). Destes itens, 5 encontram-se apresentados positivamente (ex: Tem-se sentido feminina/masculino?) e 5 negativamente (ex: Sentiu dificuldade em olhar para si próprio quando estava nu?). Os resultados em cada um dos itens podem ir de 0 (de modo algum) a 3 (muito), reflectindo a gravidade do impacto que a doença teve na sua auto-imagem.

A partir dos dez itens do questionário, determina-se o *resultado* Y através da soma das classificações dos vários itens. Na realidade, o *resultado* é obtido através de: $Y = 10 \times (\bar{X} - 1)$, sendo $\bar{X}$ a média das classificações dos vários itens para cada doente. Com esta transformação pretende-se obter uma escala que varia entre 0 e 30, em lugar da escala original com quatro categorias (1-De modo algum a 4-Muito), correspondendo valores maiores a maiores níveis de insatisfação.

Utiliza-se a média para o cálculo da soma multiplicando pelo número de itens (10, neste caso), e substituindo-se, deste modo, eventuais não-respostas pelo valor médio das respostas.

CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DO INSTRUMENTO

FIABILIDADE

Segundo Hopwood e colaboradores (2001), os coeficientes Alpha de Cronbach encontrados no seu estudo para a escala de 10 itens e numa amostra completa foi 0.93. Os coeficientes por cada item variaram entre 0.92 e 0.93. A fiabilidade da escala foi também avaliada em sub-grupos de doentes mastectomizadas apresentando para cada subgrupo os seguintes valores de alfa de Cronbach 0,78, 0,85, 0,78 e 0,85, respectivamente. Estes valores encontram-se todos acima do valor estipulado (0,70).

A escala, constituída por um componente único, apresenta valores mais elevados pelo que Hopwood e colaboradores (2001) salientam que a escala é constituída por um componente.

VALIDADE

Para verificar a validade do instrumento, foi efectuada análise factorial tendo por base um único componente constituído pelos 10 itens da escala, explicando este 57,55% da variância total. Os valores encontrados na análise factorial confirmam que a escala é constituída por um único componente para avaliação da imagem corporal em doentes com cancro (Hopwood et al., 2001).

A validade do instrumento foi efectuada também em sub-grupos de doentes mastectomizadas. No grupo de doentes onde foi efectuada excisão local do tumor o total de variância explicada foi de 50,18%; no grupo de mastectomizadas foi 26,93%.

Pela leitura dos resultados observou-se com a escala constituída por um componente único explica maior percentagem da variância total.

VERSÃO DO ESTUDO

FIABILIDADE

Para determinar a consistência interna da Escala de Imagem Corporal relativamente à amostra em estudo foi calculado o coeficiente de Alfa de Cronbach, cujo valor foi de 0.97 para o total dos 10 itens, demonstrando uma elevada fidelidade, conforme se pode observar no quadro 2.24.

Quadro 2.24. Coeficientes de consistência interna de Cronbach da Escala de Imagem Corporal (10 itens) (N=145)

Sumário da escala: Média=17,99; Desvio Padrão=10,33

Alfa de Cronbach: 0.96

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q5.1	16,0000	86,8649	0,8229	0,9653
Q5.2	16,1208	86,6069	0,8696	0,9635
Q5.3	16,3960	88,7408	0,8271	0,9651
Q5.4	16,1275	84,3147	0,9070	0,9621
Q5.5	16,1946	86,4686	0,8683	0,9636
Q5.6	16,1544	85,6449	0,8902	0,9627
Q5.7	16,5436	91,0200	0,7842	0,9667
Q5.8	16,1477	84,6267	0,8915	0,9627
Q5.9	16,0201	84,1145	0,9154	0,9618
Q5.10	16,2349	89,8161	0,7328	0,9683

VALIDADE

Para investigar a validade do instrumento efectuou-se a análise dos componentes principais com rotação varimax, tal qual a versão original. Os resultados obtidos apresentaram apenas um componente, estando de acordo com a escala original, conforme apresentado no quadro 2.25.

Quadro 2.25. Estrutura da escala de Imagem Corporal

	Componentes
	1
Q5.9	0,930
Q5.4	0,925
Q5.6	0,913
Q5.8	0,911
Q5.2	0,895
Q5.5	0,895
Q5.3	0,861
Q5.1	0,856
Q5.7	0,822
Q5.10	0,772

Após análise dos resultados verificou-se que o único componente apresentado explica 77,32% da variância total dos resultados.

O teste de adequação à Análise factorial (KMO) é=0.92, indicando uma boa análise.

1.6.1.6. ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR

(ZIGMOND & SNAITH, 1983)

A Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) é um instrumento amplamente utilizado na avaliação do impacto psicológico provocado pelas doenças neoplásicas. Sendo um dos seus principais objectivos diagnosticar e avaliar estadios de progresso ao longo do tempo.

O instrumento é constituído por 14 itens, 7 dos quais relativos à sub-escala da ansiedade e outros 7 relativos à sub-escala da depressão. Cada item é composto por 4 categorias de resposta, apresentando-se 6 itens de forma positiva (ex: 0-3) e os restantes 8 de forma negativa (ex: 3-0). Os resultados nesta escala podem variar entre 0 e 21, sendo que resultados situados entre 0-7 indicam ausência de sintomatologia, entre 8-10 indicam casos em dúvida, e resultados iguais ou superiores a 11 indicam presença de significativa morbilidade psicológica (Watson et al., 1998).

Estudos anteriores estabeleceram que resultados iguais ou superiores a 8 para a escala da depressão e 10 para a escala da ansiedade, eram aceites como casos clínicos (Carroll et al., 1993).

O resultado foi calculado através da soma das classificações dos vários itens para cada doente, sendo a soma obtida multiplicando o número de itens (7, neste caso) pela média das classificações naqueles itens, substituindo-se, deste modo, eventuais não-respostas pelo valor médio.

Escalas	Itens do HADS
Ansiedade	1, 3, 5, 7, 9, 11, 13
Depressão	2, 4, 6, 8, 10, 12, 14

Uma vez que a escala original tem quatro categorias (entre 0 e 3), as escalas obtidas variam entre 0 e 21, correspondendo valores maiores a maior grau de ansiedade ou depressão.

Esta escala foi inicialmente concebida para ser auto-administrada, podendo ser respondida em apenas 2 a 5 minutos.

CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DO INSTRUMENTO

FIDELIDADE

No que concerne à fidelidade da escala, os coeficientes encontrados para ambas as escalas demonstram uma elevada consistência interna. No estudo de Montazeri e colaboradores (2003) o coeficiente Alpha de Cronbach foi igual ou superior a 0.70. Os coeficientes Alpha de Cronbach obtidos para as 2 sub-escalas no estudo de Muszbek e colaboradores (2006) foram 0.82 para a ansiedade e 0.83 para a depressão. Também Bjelland e colaboradores (2002) efectuaram um estudo de validação da escala, subdividindo-a em HADS-A (ansiedade) e HADS-D (depressão). As correlações para as duas sub-escalas variaram entre 0.40 e 0.74 (média 56). Os coeficientes Alpha de Cronbach para o HADS-A variaram entre 0.68 e 0.93 (média 0.83) e para o HADS-D variaram entre 0.67 e 0.90 (média 0.82). Os autores apresentam ainda os valores das correlações entre o HADS e outras escalas frequentemente utilizadas, variando estas entre 0.49 e 0.83.

O estudo de Andrews e colaboradores (2006) mostrou uma elevada consistência interna, com um coeficiente Alpha de Cronbach de 0.82 para o HADS-A e de 0.74 para o HADS-D.

Sousa (2005) aplicou esta escala numa amostra de doentes com esclerose múltipla. Os coeficientes Alpha de Cronbach encontrados foram 0.87 para o HADS total, 0.81 para a sub-escala HADS-A e 0.78 para o HADS-D, o que revela uma boa consistência interna em qualquer dos casos.

VALIDADE

Relativamente à validade do instrumento, Muszbek e colaboradores (2006) no estudo de tradução e validação do HADS para a população húngara, utilizaram a análise factorial com rotação varimax, que mostrou resultados idênticos aos resultados obtidos nos estudos de validação para a população inglesa e alemã, com um factor para a ansiedade e outro para a depressão, conforme se pode observar no quadro 2.26.

Para os autores, os factores encontrados explicam 51,4% do total da variância.

Quadro 2.26. Estrutura da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar
(Muszbek et al., 2006)

	Componentes	
	1 (Depressão)	2 (Ansiedade)
4	0.79	0.18
12	0.73	0.22
2	0.71	0.12
7	0.68	0.29
14	0.67	0.16
6	0.65	0.31
8	0.51	0.31
10	0.49	0.34
13	0.20	0.81
5	0.26	0.75
3	0.26	0.72
9	0.31	0.65
1	0.44	0.57
11	0.07	0.48

Como se pode observar o item 7 que na versão original inglesa é um item pertencente ao factor *Ansiedade*, neste estudo tem maior representatividade no factor *Depressão*.

VERSÃO DO ESTUDO

FIDELIDADE

Com o objectivo de avaliar a consistência interna do HADS para a amostra em estudo foi calculado o coeficiente de Alpha de Cronbach para as duas sub-escalas, demonstrando cada uma elevada fidelidade, conforme se pode observar nos quadros 2.27 e 2.28.

Quadro 2.27. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do HADS-A (Ansiedade) (7 itens) (N=145)

Sumário da Sub-escala: Média=9,06; Desvio Padrão=5,77

Alfa de Cronbach: 0.90

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q6.1	7,3750	25,8386	0,7057	0,8895
Q6.3	7,7039	23,7727	0,7337	0,8861
Q6.5	7,3289	25,3348	0,7560	0,8842
Q6.7	7,9671	24,7737	0,7551	0,8835
Q6.9	7,9934	23,5960	0,7913	0,8787
Q6.11	7,7105	26,2335	0,5454	0,9070
Q6.13	8,3158	24,5221	0,7220	0,8871

Quadro 2.28. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do HADS-D (Depressão) (7 itens) (N=145)

Sumário da Sub-escala: Média=7,72; Desvio Padrão=5,45

Alfa de Cronbach: 0.87

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q6.2	7,0066	22,1800	0,6801	0,8597
Q6.4	6,7417	21,5662	0,7623	0,8491
Q6.6	6,3841	23,5118	0,6719	0,8626
Q6.8	5,8344	23,0057	0,5679	0,8739
Q6.10	7,0464	23,2312	0,5510	0,8759
Q6.12	6,6026	20,2011	0,7857	0,8446
Q6.14	6,7550	22,1462	0,6468	0,8640

Estes valores indicam uma elevada consistência interna entre os vários itens que constituem cada sub-escala.

VALIDADE

Para investigar a validade do instrumento efectuou-se a análise dos componentes principais com rotação varimax, sem definição prévia dos componentes. Os resultados obtidos apresentaram dois componentes, estando em conformidade com a escala original, conforme o apresentado no quadro 2.29.

Quadro 2.29. Estrutura da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar do estudo

	Componentes	
	1 (Ansiedade)	2 (Depressão)
Q6.3	0,821	
Q6.13	0,783	
Q6.5	0,741	
Q6.9	0,737	
Q6.1	0,682	
Q6.7	0,667	
Q6.11	0,581	
Q6.12		0,788
Q6.2		0,777
Q6.14		0,734
Q6.4		0,705
Q6.10		0,636
Q6.6		0,606
Q6.8		0,534

Tal como na versão original, verificou-se a distribuição dos vários itens em dois componentes, correspondentes às duas sub-escalas (ansiedade e depressão) do questionário. A análise dos resultados dos dois componentes explicou 62,08% da variância total dos resultados, sendo que o componente *Ansiedade* explica 32,07% e o componente *Depressão* explica 30,0% da variância dos resultados.

O item 7, que no estudo anteriormente apresentado demonstrava um valor mais elevado na dimensão *Depressão* do que na dimensão *Ansiedade*, apresenta, no presente estudo, um valor superior na dimensão *Ansiedade*, tal como na versão original inglesa.

1.6.1.7. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO UTENTE

O Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente tem como objectivo medir a satisfação do doente durante o internamento hospitalar, relativamente a várias dimensões que constituem aspectos chave na avaliação da qualidade dos cuidados. Estas dimensões são a *Acessibilidade*, as *Despesas*, a *Qualidade Técnica*, a *Comunicação/Informação*, as *Relações Interpessoais*, a *Coordenação de Equipas* e a *Avaliação Global da satisfação*.

A soma das respostas 1 (Muito Mau) e 2 (Mau) permite determinar o número de utentes *insatisfeitos* com os cuidados prestados, enquanto a soma das respostas 4 (Bom) e 5 (Muito Bom) indica o número de doentes satisfeitos com esse aspecto dos cuidados (McIntyre et al., 1999).

A versão de validação do QUASU era composta por 48 itens para avaliação de aspectos específicos dos cuidados e serviços de saúde e por um item adicional para avaliação global dos cuidados recebidos (McIntyre et al., 1999).

Sub-Escalas	Itens do Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente
Acessibilidade	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14
Despesas	15, 16, 17
Qualidade Técnica	18, 19, 20
Comunicação/Informação	21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 38
Relações Interpessoais	32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46
Coordenação de Equipas	47
Avaliação Global da Satisfação	48

CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DO INSTRUMENTO

FIDELIDADE

No que concerne à fidelidade do instrumento, os resultados de alfa de Cronbach obtidos indicam uma boa consistência interna quer na globalidade ($\alpha=0,89$), quer nas sub-escalas que o constituem, com excepção da sub-escala *Despesas*. Assim os valores obtidos foram, para a sub-escala *Comunicação/Informação* 0.87, para a sub-escala *Relações Interpessoais* 0.81, para a sub-escala *Qualidade Técnica* 0.72, para a sub-escala *Acessibilidade* 0.69 e para a sub-escala *Despesas* 0.17.

VALIDADE

Para testar a validade do QUASU, McIntyre e colaboradores (1999) efectuaram uma análise factorial de componentes principais com rotação varimax, da qual se obtiveram 5 factores, contribuindo para 43,3% da variância total.

Os factores identificados foram:

1. Comunicação/Informação;
2. Relações Interpessoais;
3. Aspectos Estruturais;
4. Atendimento e
5. Acessibilidade.

O factor 1, *Comunicação/Informação*, explica 19% da variância total. O factor 2, *Relações Interpessoais*, explica 9,9%; o factor 3, *Aspectos Estruturais*, explica 5,5%; o factor 4, *Atendimento*, explica 4,7% e o factor 5, *Acessibilidade*, explica 4,1% da variância total.

VERSÃO DO ESTUDO

FIDELIDADE

No que concerne ao presente estudo, e com o objectivo de avaliar a fiabilidade do instrumento foram realizados os coeficientes Alpha de Cronbach, cujos valores foram, para a sub-escala *Acessibilidade* 0.86, para a sub-escala *Despesas* 0.47, para a sub-escala *Qualidade Técnica* 0.79, para a sub-escala

Comunicação/Informação 0.82 e para a sub-escala *Relações Interpessoais* 0.80, (Quadros 2.30 a 2.34).

Quadro 2.30. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do QUASU (Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente) (48 itens) (N=145)

Sub-escala: Acessibilidade (14 itens) (N=145)

Sumário da Sub-escala: Média=51,67; Desvio Padrão=5,49

Alfa de Cronbach: 0.86

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q7.1	48,6667	21,8333	0,7033	0,8468
Q7.2	48,0000	26,1000	0,5501	0,8537
Q7.3	47,7143	26,7143	0,6360	0,8514
Q7.4	48,0000	23,6000	0,8597	0,8339
Q7.5	48,2857	25,3143	0,4794	0,8600
Q7.6	47,6667	27,4333	0,4357	0,8596
Q7.7	47,7143	28,8143	0,3082	0,8646
Q7.8	47,8571	28,0286	0,4795	0,8590
Q7.9	47,7143	28,8143	0,5854	0,8608
Q7.10	48,0952	29,5905	0,0106	0,8853
Q7.11	48,0476	24,1476	0,8575	0,8357
Q7.12	48,0476	24,6476	0,7734	0,8408
Q7.13	48,0000	25,3000	0,6795	0,8464
Q7.14	47,8571	28,4286	0,2827	0,8659

Quadro 2.31. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do QUASU (Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente) (48 itens) (N=145)

Sub-escala: Despesas (3 itens) (N=145)

Sumário da Sub-escala: Média=9,29; Desvio Padrão=2,01

Alfa de Cronbach: 0.47

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q7.15	6,5185	2,1823	0,1603	0,6710
Q7.16	6,1481	1,6695	0,5543	0,1638
Q7.17	5,9259	2,9943	0,2502	0,4567

Quadro 2.32. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do QUASU (Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente) (48 itens) (N=145)

Sub-escala: Qualidade Técnica (3 itens) (N=145)

Sumário da Sub-escala: Média=12,33; Desvio Padrão=1,35

Alfa de Cronbach: 0.79

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q7.18	8,2252	07623	0,6953	0,6329
Q7.19	8,2318	08192	0,6787	0,6501
Q7.20	8,2185	1,1319	0,5347	0,8057

Quadro 2.33. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do QUASU (Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente) (48 itens) (N=145)

Sub-escala: Comunicação/Informação (12 itens) (N=145)

Sumário da Sub-escala: Média=46,06; Desvio Padrão=4,65

Alfa de Cronbach: 0.82

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q7.21	42,0333	19,6163	0,3854	0,8187
Q7.22	42,0933	19,5751	0,4438	0,8154
Q7.23	42,3333	18,0492	0,4426	0,8163
Q7.24	42,3000	15,9966	0,6783	0,7917
Q7.25	42,2667	16,6532	0,6705	0,7929
Q7.26	42,4400	15,5098	0,6909	0,7906
Q7.27	42,3000	18,4799	0,4999	0,8100
Q7.28	42,0733	20,1221	0,4419	0,8177
Q7.29	42,1533	19,7146	0,4108	0,8174
Q7.30	42,0533	20,6280	0,3700	0,8221
Q7.31	42,5000	17,9295	0,4512	0,8157
Q7.38	42,1133	20,1012	0,3525	0,8210

Quadro 2.34. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do QUASU (Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente) (48 itens) (N=145)
Sub-escala: Relações Interpessoais (14 itens) (N=145)
 Sumário da Sub-escala: Média=51,51; Desvio Padrão=5,07
Alfa de Cronbach: 0.79

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q7.32	47,4932	23,3537	0,3599	0,7793
Q7.33	47,8041	20,6076	0,4939	0,7678
Q7.34	47,7500	22,4609	0,4737	0,7703
Q7.35	47,5946	22,8549	0,5321	0,7688
Q7.36	47,5878	23,4004	0,4869	0,7733
Q7.37	47,5743	23,1033	0,4992	0,7714
Q7.39	47,4662	23,1621	0,5168	0,7710
Q7.40	47,5203	23,1765	0,4783	0,7726
Q7.41	47,5270	23,2714	0,4658	0,7735
Q7.42	47,6824	21,0481	0,5755	0,7592
Q7.43	47,6216	24,0871	0,3145	0,7828
Q7.44	47,4257	24,0148	0,4135	0,7788
Q7.45	49,2230	21,1948	0,2837	0,8040
Q7.46	49,3176	20,4767	0,3816	0,7880

Dada a dimensão da amostra, não foi possível testar a validade do instrumento através de análise factorial.

1.6.2. INSTRUMENTOS REFERENTES AO CUIDADOR/FAMILIAR

1.6.2.1. ESCALA DE AVALIAÇÃO DA EXAUSTÃO DO CUIDADOR/FAMILIAR (REINHART & HORWITZ, 1992)

A Escala de Avaliação da Exaustão é um instrumento construído com o objectivo de avaliar a exaustão objectiva, ou seja, a alteração que o cuidar de uma pessoa com limitações impõe ao nível das actividades e dos recursos, ou seja, dias de falta no trabalho ou na escola, diminuição dos tempos de lazer ou alterações nos seus planos pessoais (Reinhart & Horwitz, 1992).

O instrumento é constituído por 19 itens tipo Likert, sendo o *resultado* calculado através da soma das classificações dos dezanove itens para cada doente. A soma foi obtida multiplicando o número de itens (19, neste caso) pela média das classificações naqueles itens, substituindo-se, deste modo, eventuais não-respostas pelo valor médio.

Uma vez que a escala original tem quatro categorias (entre 1-Nunca e 4-Muito), a escala obtida varia entre 19 e 76, correspondendo valores maiores a um maior nível de exaustão familiar.

CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DO INSTRUMENTO

FIDELIDADE

Reinhard e Horwitz (1992) tiveram como objectivo criar uma escala para ser usada na avaliação da exaustão dos cuidadores de doentes com doença mental severa. 10 itens foram seleccionados de forma a medirem a exaustão do cuidador/familiar objectiva e 9 itens para avaliar a exaustão subjectiva. Contudo, e tendo em conta que os resultados de alguns estudos foram inconsistentes quanto à divisão da escala em factores, salientando que duas análises factoriais subsequentes apresentaram uma divisão dos 19 itens em 5 factores, sendo estes divergentes de estudo para estudo. Por este motivo, os autores defendem que esta deve ser uma escala unidimensional. Tendo em conta este princípio, o instrumento foi utilizado e testado em diversos estudos nos quais o coeficiente Alpha de Cronbach variou entre 0.89 e 0.91.

VALIDADE

Relativamente à análise factorial, os mesmos autores referem que o seu estudo produziu 3 factores: *Limitação na actividade*, *Sentimentos de preocupação e culpa* e *Sobrecarga social*. Os valores de eigenvalues são 6.60 para o primeiro factor, 1,83 para o segundo factor e 1,25 para o terceiro factor. As proporções da variância são 36,29%, 9,62% e 6,56%, respectivamente.

Por sua vez, o estudo de Ivarsson, Sidenvall e Carlsson (2004) apresentou uma reorganização dos 19 itens em três factores, apresentando resultados de consistência interna de 0.88 para o 1º factor, 0.73 para o 2º factor e 0.75 para o 3º factor. Para a escala na totalidade o Alfa de Cronbach foi 0,90.

De acordo com os autores, o primeiro factor (*Limitação na actividade*) é constituído pelos itens 1,2,3,4,5,6,7,8 e 15; o segundo factor (*Sentimentos de preocupação e culpa*) é constituído pelos itens 12,13,16,17 e 18; o terceiro factor (*Sobrecarga social*) é constituído pelos itens 9,10,11,14 e 19.

VERSÃO DO ESTUDO

FIABILIDADE

Para o presente estudo, que visa avaliar a exaustão dos cuidadores/familiares dos doentes com cancro colorectal, aplicou-se o instrumento na sua globalidade. O coeficiente de Alpha de Cronbach para a globalidade do instrumento é 0.81, demonstrando uma elevada consistência interna, conforme se pode observar no quadro 2.35.

Quadro 2.35. Coeficientes de consistência interna de Cronbach da Escala de Avaliação da Exaustão Familiar (19 itens) (N=96)
Sumário da escala: Média=39,10; Desvio Padrão=8,28
Alfa de Cronbach: 0.81

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q2.1	37,2564	57,8273	0,6109	0,7911
Q2.2	36,5897	58,2483	0,4469	0,8029
Q2.3	36,0513	56,6815	0,6286	0,7890
Q2.4	37,0256	55,9204	0,5605	0,7938
Q2.5	36,1795	58,3617	0,5952	0,7924
Q2.6	35,8718	57,4305	0,7033	0,7863
Q2.7	36,9487	58,7868	0,4746	0,8002
Q2.8	36,8718	58,4831	0,5354	0,7959
Q2.9	38,0256	67,7625	0,1649	0,8146
Q2.10	38,0769	68,5466	0,0015	0,8167
Q2.11	37,5385	63,8866	0,3414	0,8080
Q2.12	37,6923	67,7449	0,0114	0,8239
Q2.13	38,0000	70,7895	0,2926	0,8277
Q2.14	37,9231	65,8623	0,3415	0,8097
Q2.15	37,5128	63,7827	0,3150	0,8093
Q2.16	37,4872	62,3090	0,4147	0,8042
Q2.17	37,6154	68,4534	0,0435	0,8272
Q2.18	35,5128	61,2038	0,5491	0,7978
Q2.19	35,6667	59,2807	0,5246	0,7970

VALIDADE

Para investigar a validade do instrumento efectuou-se a análise dos componentes principais com rotação varimax, forçando os itens a 3 factores, de acordo com o encontrado pelos autores anteriormente citados (Quadro 2.36).

Da análise dos componentes, tendo por base os itens que os constituem verificou-se que o 1º componente é constituído pelos itens que nos indicam se houve limitação da actividade do cuidador/familiar como consequência de prestar assistência ao doente, deste modo considerou-se que o nome do 1º componente seria *Limitação da Actividade*, correspondendo ao nome que lhe foi atribuído pelos autores anteriormente citados. O 2º factor é constituído pelos itens correspondentes ao impacto social de cuidar do doente, nomeadamente ao aparecimento de atrito entre os vários membros da família e entre estes e as pessoas que com eles convivem, pelo que se atribuiu o nome de *Sobrecarga social*. Este componente corresponde ao 3º componente do estudo anteriormente citado. O 3º factor inclui os itens relativos a sentimentos de preocupação e culpa por parte do cuidador/familiar relacionados com o aparecimento da doença, pelo que lhe foi atribuído o nome de *Sentimentos de Preocupação e Culpa* e que corresponde ao 2º componente no anterior estudo.

Verificou-se, no entanto, que a distribuição dos itens não se efectuou da mesma forma que no estudo apresentado, apesar de haverem semelhanças na distribuição de uma grande percentagem de itens, nomeadamente no factor 1, em que existem oito itens que se distribuíram de forma idêntica.

Tal como Ivarsson, Sidenvall e Carlsson (2004) referiram, o primeiro factor corresponde à exaustão objectiva enquanto que os 2º e 3º factores correspondem a dois diferentes tipos de exaustão subjectiva.

Os valores de eigenvalues foram 5,329 para o 1º factor, 2,703 para o 2º factor e 1,955 para o 3º factor.

O teste de adequação à Análise factorial (KMO) foi de 0.548.

Os 3 componentes explicam 52,56% do total da variância, sendo que o 1º factor explica 24,65%, o 2º factor explica 16,82% e o 3º factor explica 11,09% da variância.

Quadro 2.36. Estrutura da Escala de Avaliação de Exaustão

Componentes			
Itens	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Q2.3	0,754		
Q2.6	0,753		
Q2.5	0,739		
Q2.1	0,694		
Q2.8	0,683		
Q2.19	0,641		
Q2.18	0,634		
Q2.4	0,633		
Q2.7	0,558		
Q2.2	0,552		
Q2.14	0,443		
Q2.13	0,346		
Q2.9		0,769	
Q2.11		0,682	
Q2.10		0,561	
Q2.16		0,509	
Q2.15		0,416	
Q2.12			0,777
Q2.17			0,666

1.6.2.2. INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

VERSÃO ORIGINAL (BECK ET AL., 1961)

O Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory*) (Beck et al., 1961) é um dos instrumentos de auto-avaliação mais amplamente utilizados na clínica e em pesquisa em doentes já diagnosticados com depressão, não constituindo um instrumento diagnóstico. É constituída por 21 itens, necessitando de aproximadamente 10 minutos para a completar. Os autores da escala não providenciaram pontos de corte para a sua classificação, havendo, contudo autores que os utilizam. Os itens do inventário referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sentimento de culpa, sensação de punição, auto depreciação, auto-acusação, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retracção social, indecisão, distorção da imagem corporal,

inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda do apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido.

Cada item consiste em 4 afirmações pontuadas de 0 a 3, significando, respectivamente, que o sintoma é inexistente, leve, moderado ou grave.

O resultado foi calculado através da soma das classificações dos vinte e um itens do BDI para cada doente, sendo a soma obtida multiplicando o número de itens (21, neste caso) pela média das classificações naqueles itens, substituindo-se, deste modo, eventuais não-respostas pelo valor médio.

Uma vez que a escala original tem quatro categorias (entre 0 e 3), a escala obtida varia entre 0 e 63, correspondendo valores maiores a um maior nível de doença. Ou seja, as pontuações entre 0 e 9 apontam a inexistência de depressão, entre 10 e 15 reflectem depressão ligeira, entre 16 e 23 indiciam depressão moderada e entre 24 e 63 revelam depressão grave.

A Morbilidade Psicológica foi ainda avaliada dividindo a escala anterior em duas sub-escalas: a Escala Cognitiva e a Escala Somática, sendo a primeira composta pelos primeiros treze itens da escala inicial e a segunda composta pelos restantes oito itens. O cálculo do *resultado* para cada escala é semelhante ao utilizado para a escala total, obtendo-se, assim, uma variação entre 0 e 39 para a Escala Cognitiva e uma variação entre 0 e 24 para a Escala Somática.

CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DO INSTRUMENTO

FIDELIDADE

Tanto a fiabilidade como a validade do BDI foram amplamente testadas, em diversas situações. Este instrumento demonstrou possuir características de garantia e validade adequadas, nomeadamente no que concerne à sua consistência interna e estabilidade.

A consistência interna do BDI varia entre 0.73 e 0.92, com uma média de 0.86, (Beck, Steer & Garbin, 1988). O BDI demonstrou uma elevada consistência interna com um coeficiente alfa de 0.86 e 0.81 para doentes psiquiátricos e não psiquiátricos, respectivamente.

No estudo de Sousa (2005), efectuado a uma amostra de doente com esclerose múltipla, o coeficiente Alpha de Cronbach obtido foi de 0.81, valor que indica uma elevada consistência interna dos itens.

É de salientar que a versão utilizada neste estudo é a versão que se encontra aferida para a população portuguesa (Vaz-Serra et al., 1973). Os autores utilizaram um ponto de corte ligeiramente diferente dos anteriores: valores até 10 indicavam ausência de um quadro depressivo, de 11 a 19 depressão leve, de 20 a 28 moderada, e igual ou superior a 29 depressão grave.

VALIDADE

Da análise dos vários estudos efectuados entre 1961 e 1986 por Beck e colaboradores (1988) verificou-se que a validade convergente do BDI era bastante elevada, sendo as correlações médias para doentes psiquiátricos com outra escala de avaliação de depressão (Escala de Hamilton) de 0,70 e para pacientes não psiquiátricos superior a 0,74 (Sousa, 2005).

Beck e colaboradores (1988) salientam que as análises factoriais do BDI revelam de modo geral três factores interrelacionados: atitudes negativas ou suicídio, distúrbio fisiológico e dificuldades de realização. Contudo, quando os factores de segunda ordem são retirados, fica apenas o da depressão.

No estudo de Araújo-Soares (1999) realizado em doentes com dor crónica a análise factorial apresentou uma divisão dos itens em duas sub-escalas. A primeira, constituída por 13 itens, parece estar relacionada com a dimensão cognitiva da depressão e a segunda, constituída por 8 itens, parece estar relacionada com a dimensão somática da depressão. A primeira sub-escala apresenta um alfa de Cronbach de 0,84 e a segunda de 0,76. A análise factorial de componentes principais seguida de rotação varimax, explicou 40,7% da variância com estes dois factores.

VERSÃO DO ESTUDO**FIABILIDADE**

Relativamente à amostra em estudo, o BDI apresentou um coeficiente Alpha de Cronbach de 0.88, para a escala total, conforme se pode observar no quadro 2.37. Analisando separadamente as sub-escalas, o Alpha apresenta um valor de 0.83 para a sub-escala cognitiva (Quadro 2.38) e um valor de 0.79 para a sub-escala somática (Quadro 2.39).

Quadro 2.37. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do Inventário Depressivo de Beck (21 itens) (N=91)

Sumário da escala: Média=10,45; Desvio Padrão=8,1

Alfa de Cronbach: 0.88

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q3.A	9,4881	57,9637	0,6706	0,8709
Q3.B	9,8810	58,4194	0,6666	0,8714
Q3.C	10,3452	63,7709	0,3119	0,8813
Q3.D	9,6548	55,3854	0,8024	0,8653
Q3.E	10,3810	65,3230	0,0559	0,8845
Q3.F	10,3690	63,7778	0,2159	0,8830
Q3.G	10,3810	64,1423	0,3409	0,8814
Q3.H	10,2619	63,6414	0,2034	0,8835
Q3.I	10,4286	64,9225	0,1860	0,8832
Q3.J	9,7738	58,5868	0,6322	0,8723
Q3.K	9,6310	58,2116	0,6169	0,8724
Q3.L	9,9881	56,9517	0,6978	0,8694
Q3.M	10,0595	60,0326	0,4894	0,8766
Q3.N	10,1548	59,7709	0,5037	0,8761
Q3.O	9,7857	55,4475	0,7715	0,8663
Q3.P	9,4405	57,3820	0,4505	0,8801
Q3.Q	9,4762	56,4452	0,6894	0,8694
Q3.R	10,2738	62,1048	0,4754	0,8780
Q3.S	10,1667	62,2369	0,2521	0,8838
Q3.T	9,8571	59,6902	0,4788	0,8769
Q3.U	9,2500	53,1536	0,5262	0,8823

Quadro 2.38. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do Inventário Depressivo de Beck: sub-escala Cognitiva/Afectiva (13 itens) (N=91)

Sumário da sub-escala: Média=5,11; Desvio Padrão=4,39

Alfa de Cronbach: 0.84

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q3.A	4,1705	15,5223	0,5906	0,8180
Q3.B	4,5568	15,7439	0,5927	0,8179
Q3.C	4,9886	18,1263	0,2942	0,8371
Q3.D	4,3409	14,1123	0,7543	0,8021
Q3.E	5,0455	18,8945	0,1432	0,8421
Q3.F	5,0341	17,9184	0,2935	0,8375
Q3.G	5,0455	18,3197	0,4103	0,8343
Q3.H	4,9318	17,6505	0,3138	0,8370
Q3.I	5,0909	18,7732	0,2466	0,8394
Q3.J	4,4432	15,7668	0,5712	0,8197
Q3.K	4,3182	15,0700	0,6482	0,8128
Q3.L	4,6705	14,5683	0,7165	0,8062
Q3.M	4,7273	15,9248	0,5442	0,8219

Quadro 2.39. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do Inventário Depressivo de Beck: sub-escala Somática/Desempenho (8 itens) (N=91)

Sumário da sub-escala: Média=5,44; Desvio Padrão=4,56

Alfa de Cronbach: 0.79

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q3.N	5,1209	18,0408	0,3650	0,7880
Q3.O	4,7253	15,2459	0,7252	0,7345
Q3.P	4,4176	15,3348	0,5149	0,7686
Q3.Q	4,4505	15,7836	0,6434	0,7480
Q3.R	5,2308	18,4239	0,5066	0,7784
Q3.S	5,0989	18,0234	0,3228	0,7938
Q3.T	4,8022	16,6271	0,5661	0,7614
Q3.U	4,2308	13,4462	0,5409	0,7774

Devido ao tamanho da amostra não foi possível avaliar a validade do instrumento através de análise factorial.

1.6.2.3. INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE TRAÇO E ESTADO (STAI)

VERSÃO ORIGINAL (SPIELBERG ET AL., 1983)

Este instrumento foi concebido com o objectivo de avaliar a ansiedade estado e traço. De acordo com o autor, a ansiedade estado reflecte uma condição ou um estado emocional, transitório, do ser humano, caracterizado como subjectivo, percebido pela consciência como sentimentos de tensão e apreensão e aumentados pela actividade do sistema nervoso autónomo. A ansiedade estado flutua ao longo do tempo e pode variar de intensidade.

Em contrapartida, a ansiedade traço refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis, no que concerne à predisposição à ansiedade. Ou seja, refere-se à tendência geral que cada indivíduo tem para responder com ansiedade a situações consideradas como ameaçadoras ou perigosas.

Com base no STAI definiram-se duas escalas de ansiedade: Ansiedade de Estado, a partir dos primeiros vinte itens do STAI, e Ansiedade de Traço, com os restantes vinte itens.

Em qualquer dos casos, o *resultado* foi calculado através da soma das classificações dos vários itens para cada doente, sendo a soma obtida multiplicando o número de itens (20, neste caso) pela média das classificações, substituindo-se, deste modo, eventuais não-respostas pelo valor médio.

Atendendo a que os quarenta itens do STAI não estão orientados todos no mesmo sentido, isto é, alguns pontuam mais no sentido de um maior nível de ansiedade, enquanto outros pontuam no sentido contrário, houve necessidade de inverter os seguintes itens: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18, 22, 24, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 35, 37, 38 e 40.

Uma vez que a escala original tem quatro categorias (entre 1-De modo nenhum e 4-Muito), a escala obtida varia entre 20 e 80 para ambas as escalas. Na realidade, o *resultado* utilizado foi obtido subtraindo de 80 o resultado da soma atrás referida, de modo a fazer corresponder valores maiores a um maior nível de ansiedade.

CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DO INSTRUMENTO

FIDELIDADE

O STAI tem apresentado, nos vários estudos onde foi utilizado, uma elevada consistência interna. Virella, Arbona e Noby (1994) avaliaram as qualidades psicométricas da versão original do STAI-Y, as quais evidenciaram valores de fidelidade adequados, com coeficientes Alpha de Cronbach de 0.91 para os homens e 0.92 para as mulheres na sub-escala Ansiedade-Estado e 0.86 para os homens e mulheres na sub-escala Ansiedade-Traço.

Relativamente à população portuguesa, o estudo efectuado por Silva (2003) proporcionou valores Alpha de Cronbach relativamente à Ansiedade-estado de 0.91 e 0.93, para homens e mulheres, respectivamente. No que concerne à Ansiedade-traço os valores de Alpha de Cronbach foram de 0.89, para ambos os sexos. Sousa (2005) aplicou a versão de investigação de McIntyre & McIntyre (1995), para estudar doentes com esclerose múltipla. A média total dos coeficientes Alpha de cronbach para as escalas de Ansiedade-estado e Ansiedade-traço foram 0.91 e 0.89, respectivamente. Estes valores confirmam que a versão portuguesa da escala apresenta boas qualidades psicométricas.

A escala utilizada neste estudo foi a versão experimental, traduzida para português por McIntyre & McIntyre (1995), STAI formulário Y.

VALIDADE

Spielberger e colaboradores (1983) testaram a validade do instrumento através da avaliação dos coeficientes de correlação efectuados entre esta escala e outras escalas de avaliação da Ansiedade-traço. Os valores encontrados oscilaram entre 0,80 e 0,52.

Num estudo efectuado a um grupo de estudantes em 2001 por Andrade e colaboradores, observou-se a divisão dos itens da escala em dois factores. O primeiro factor era constituído pelos itens 1, 2, 4, 6, 7, 8, 10, 13, 15, 16 e 19; o segundo factor pelos itens 5, 9, 11, 12, 14, 17, 18 e 20. O primeiro factor explicava 34,2% da variância e o segundo 8,5%. Os autores consideraram que o primeiro factor estava relacionado com a dimensão *Humor* e o segundo factor com a dimensão *Preocupação*.

Também Silva (2003) aplicou o instrumento a um grupo de 162 estudantes de ambos os sexos, do ensino secundário, em situação de stress e de ausência de

stress, para analisar a validade de construção do instrumento. Os resultados obtidos mostram, para o grupo em situação de stress, uma média de 46,7, na escala de Ansiedade-Estado, resultado significativamente mais alto do que o obtido em situação neutra, 38,6 ($t=7,20$; $p<0,01$).

VERSÃO DO ESTUDO

FIABILIDADE

Para determinar a fidelidade do STAI na amostra em estudo, foram calculados os coeficientes Alpha de Cronbach para as duas escalas do instrumento. Os valores encontrados foram, para a Ansiedade-estado 0.95 (Quadro 2.40) e para a Ansiedade-traço 0.94 (Quadro 2.41). Estes valores indicam uma elevada consistência interna do inventário.

Quadro 2.40. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do Inventário de Ansiedade Estado-Traço: sub-escala: Estado (20 itens) (N=87)

Sumário da sub-escala: Média=52,0; Desvio Padrão=14,72

Alfa de Cronbach: 0.95

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q4.1	49,1724	202,0513	0,6481	0,9501
Q4.2	49,5632	198,0396	0,6234	0,9502
Q4.3	49,3218	194,7324	0,6967	0,9492
Q4.4	49,2414	192,0922	0,7311	0,9487
Q4.5	49,4713	195,5777	0,7225	0,9488
Q4.6	49,0230	193,8367	0,7088	0,9490
Q4.7	49,9770	195,2088	0,6411	0,9501
Q4.8	49,7126	194,2304	0,7631	0,9482
Q4.9	49,2759	190,0393	0,8098	0,9473
Q4.10	49,5747	195,2007	0,7687	0,9482
Q4.11	49,0575	197,4967	0,6634	0,9496
Q4.12	49,4023	192,1967	0,7617	0,9481
Q4.13	49,3103	195,0305	0,7036	0,9490
Q4.14	48,6667	203,0853	0,4653	0,9523
Q4.15	49,5977	200,0339	0,6184	0,9503
Q4.16	49,7586	198,6271	0,6414	0,9499
Q4.17	50,1034	196,3729	0,6577	0,9497
Q4.18	48,8391	197,6017	0,5809	0,9510
Q4.19	49,5517	195,9014	0,7839	0,9481
Q4.20	49,3793	194,8196	0,7879	0,9479

Quadro 2.41. Coeficientes de consistência interna de Cronbach do Inventário de Ansiedade Estado-Traço: sub-escala: Traço (20 itens) (N=87)
 Sumário da sub-escala: Média=55,48; Desvio Padrão=13,65
 Alfa de Cronbach: 0.94

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q4.21	52,8488	167,7534	0,7684	0,9342
Q4.22	53,0698	168,2304	0,6894	0,9354
Q4.23	52,7209	165,8741	0,7164	0,9348
Q4.24	52,6047	170,4066	0,4565	0,9403
Q4.25	51,6395	179,5744	0,4603	0,9392
Q4.26	53,1860	172,5532	0,5552	0,9376
Q4.27	52,9535	166,3037	0,7098	0,9349
Q4.28	52,4302	164,2480	0,7542	0,9341
Q4.29	52,7093	168,4204	0,6195	0,9366
Q4.30	52,6860	165,9591	0,7380	0,9344
Q4.31	53,0349	164,6929	0,6938	0,9352
Q4.32	51,8140	177,3532	0,4480	0,9391
Q4.33	53,1047	167,0124	0,6792	0,9355
Q4.34	52,6744	170,7163	0,5060	0,9388
Q4.35	51,8721	174,8893	0,5721	0,9375
Q4.36	53,1744	166,8045	0,7865	0,9339
Q4.37	52,8256	165,7692	0,6676	0,9357
Q4.38	52,7326	164,9512	0,6671	0,9358
Q4.39	52,6512	165,4063	0,7325	0,9345
Q4.40	53,3256	167,8222	0,6439	0,9361

Devido ao tamanho da amostra (apenas 87 cuidadores/familiares responderam ao inquérito) não foi possível avaliar a validade do instrumento através de análise factorial.



CAPÍTULO 2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

CAPÍTULO 2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Qualquer tipo de investigação, cujo objecto de estudo seja o ser humano, levanta questões éticas e morais. Estas questões tornam-se tanto mais prementes quanto mais fragilizado o indivíduo se encontra. O risco de poderem lesar-se os direitos humanos dos indivíduos investigados levou à necessidade de se criarem mecanismos que garantam a inviolabilidade dos seus direitos.

Pode referir-se que o presente trabalho inclui dois aspectos éticos de extrema importância. O primeiro relaciona-se com uma ética relativa ao tratamento e relação com o doente e familiares e o outro com uma ética de investigação, na qual estão em causa a defesa dos direitos dos doentes e seus familiares.

Apresentar um comportamento ético pressupõe que em todo o tratamento médico, as preferências do doente baseadas nos seus próprios valores e conhecimento de benefícios e custos sejam eticamente relevantes e consideradas pelas profissionais de saúde (Jonsen, Siegler & Winslade, 1998). Esta valorização das preferências do doente constitui os alicerces para a relação enfermeiro-doente e assenta num conjunto de princípios criados como forma de dar visibilidade à legítima autonomia das pessoas, evidenciando respeito pelas suas escolhas e decisões que sejam verdadeiramente autónomas ou livres (Archer, Biscaia & Osswald, 1996).

O respeito pela dignidade humana é, de igual modo, exigido aos profissionais de saúde, como forma de promover no doente a sua capacidade para pensar, decidir e agir.

Serrão e Nunes (1998, p.17) salientam que o *respeito pela autonomia do doente alterou a sua postura no seio da relação clínica, passando de uma completa dependência para uma participação activa.*

Um dos principais factores de desenvolvimento das profissões é a investigação. Esta é a *pedra de toque* do desenvolvimento da profissão de Enfermagem. Contudo, e tendo em conta a relação privilegiada que a relação

enfermeiro-doente representa na sociedade, a preocupação pelo zelo dos direitos humanos é imperiosa e fundamental.

Para além da importância da Investigação para a enfermagem, também para o próprio indivíduo esta se apresenta de extrema importância pois vai, de algum modo, garantir a melhoria dos cuidados de saúde.

De qualquer modo, os custos emocionais são por vezes bastante elevados para o doente e família, exigindo da parte do investigador a rigorosidade necessária para garantir a validade do estudo, evitando o desperdício de tempo e de recursos, físicos e emocionais por parte dos sujeitos da investigação.

Thompson e colaboradores (2004, p.202) salientam que para ser ética, a investigação em enfermagem deve ser baseada num exame crítico prévio dos seguintes fundamentos e consequências morais da investigação:

- *Deve considerar-se se a investigação proposta satisfaz as exigências da beneficência, da justiça e do respeito pelas pessoas.*

- *O dever da beneficência protectora exige que se faça uma cuidadosa avaliação prévia dos riscos potenciais para os pacientes, resultantes da sua participação no projecto, e que se clarifiquem os benefícios directos que a investigação lhes pode trazer bem como à comunidade em geral. Nenhuma investigação é aceitável, sob o ponto de vista ético, quando os riscos são superiores aos benefícios. Se a investigação clínica for potencialmente arriscada para os sujeitos, os testes laboratoriais e as experiências prévias em animais deverão obrigatoriamente satisfazer o dever do investigador de cuidar dos sujeitos da investigação e de proteger os seus direitos.*

- *O princípio da justiça exige que nenhum estudo envolva abusos ou discriminação de determinados pacientes ou de grupos de pacientes (quer por motivo de raça, sexo, classe social, situação de cativo quer pelo interesse que a doença tem sob o ponto de vista médico); e, mais ainda, que a investigação deve, potencialmente, beneficiar toda a população.*

- *O princípio do respeito pelas pessoas significa que, para a investigação ser ética, deve garantir o respeito pelos direitos do paciente à verdade, à privacidade e ao tratamento.*

- o *Os pacientes não devem ser envolvidos, sem estarem perfeitamente informados e conscientes da natureza do estudo, e sem a sua participação livre e voluntária. Quando o paciente não está capacitado para dar o seu consentimento, devem ser estabelecidas garantias especiais para se protegerem os seus direitos (por exemplo, autorização através de procuração ou tribunais para monitorizarem o estudo no interesse do paciente).*

- o *A privacidade física e a confidencialidade dos sujeitos da investigação devem ser protegidas através de procedimentos e protocolos adequados, de preferência examinados e aprovados por uma comissão de investigação multidisciplinar de ética.*

- o *O direito do paciente de receber cuidados e tratamento adequados não deve ser comprometido nem a sua saúde posta em*

risco pela sua participação na investigação (por exemplo, quando envolve o uso de placebo ou experiências de controlo feitas à sorte).

Com base nos pressupostos anteriormente enunciados e tendo em conta que os doentes com CCR são, pelas limitações que a doença impõe na sua qualidade de vida, uma população emocional e fisicamente fragilizada, foram tidos em conta todos os aspectos considerados relevantes para assegurar o respeito pelos seus direitos enquanto cidadãos livres e autónomos. Assim, foi elaborado documento de consentimento informado que foi entregue ao doente e familiares, tendo estes sido previamente informados e esclarecidos sobre todos os aspectos do estudo.

Foi efectuado pedido de autorização ao Conselho de Administração de todos os Hospitais envolvidos. Relativamente aos Hospitais de S. Bernardo em Setúbal e N.ª S.ª do Rosário no Barreiro foi exigida autorização para a realização do estudo pela Comissão Nacional de Protecção de dados, pelo que foi solicitada esta mesma autorização à referida Comissão, tendo o estudo sido aprovado mediante a exigência do cumprimento de determinados parâmetros, por parte do investigador.

Relativamente ao Hospital Garcia de Orta em Almada, o pedido foi efectuado à Comissão de Ética do Hospital que autorizou a colheita de dados aos doentes da sua instituição.

CAPITULO 3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

CAPÍTULO 3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo encontram-se apresentados os resultados decorrentes das análises estatísticas. Os dados foram obtidos através da aplicação dos instrumentos de medida seleccionados, e a sua análise compreendeu estatísticas descritivas e inferenciais. Para o tratamento estatístico foi utilizado o Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 12, para Windows.

Efectuou-se, em primeiro lugar, uma caracterização geral da amostra, partindo das variáveis sócio-demográficas e clínicas, seleccionadas para o efeito. Esta caracterização foi efectuada com recurso à estatística descritiva, mais especificamente ao cálculo de frequências, médias e desvio padrão.

A apresentação dos resultados inicia-se pela caracterização geral da amostra, seguida da análise descritiva das respostas obtidas em cada instrumento de medida utilizado. Num terceiro momento são apresentados os resultados das análises das hipóteses de investigação, formuladas com base na revisão da literatura representada na primeira parte bem como os resultados das análises exploratórias efectuadas, com o objectivo de avaliar a influência das variáveis sócio-demográficas na qualidade de vida, na satisfação marital, na satisfação sexual, na imagem corporal e na morbilidade psicológica do doente com cancro colorectal. São também apresentados os resultados das análises exploratórias relativamente à família, onde se avaliou a influência das variáveis em estudo na exaustão familiar e na morbilidade psicológica dos familiares do doente com cancro colorectal.

3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

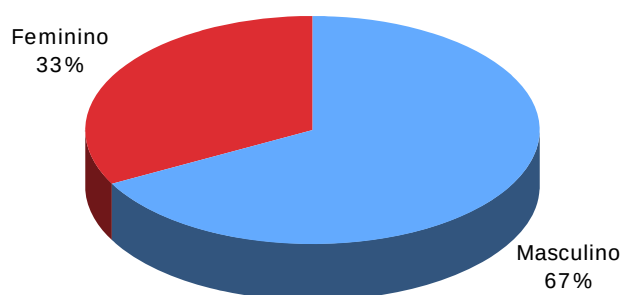
Tendo por base os dados recolhidos através do questionário sócio-demográfico foi elaborada a caracterização sócio-demográfica da amostra, sendo esta apresentada separadamente pelos dois grupos em estudo, doentes e cuidadores. Conforme referido anteriormente, a amostra foi constituída por 147 doentes com cancro colorectal e 96 cuidadores/familiares.

3.1.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS DOENTES

As idades dos indivíduos com cancro colorectal que foram incluídos na amostra variaram entre os 27 e os 88 anos, sendo a média 64,64 anos e o desvio padrão de 10,7 anos.

Quanto ao *Género*, verifica-se que 67% dos indivíduos são do sexo masculino, sendo os restantes (33%) do sexo feminino, conforme consta no gráfico 2.1.

Gráfico 2.1. Distribuição dos sujeitos por género



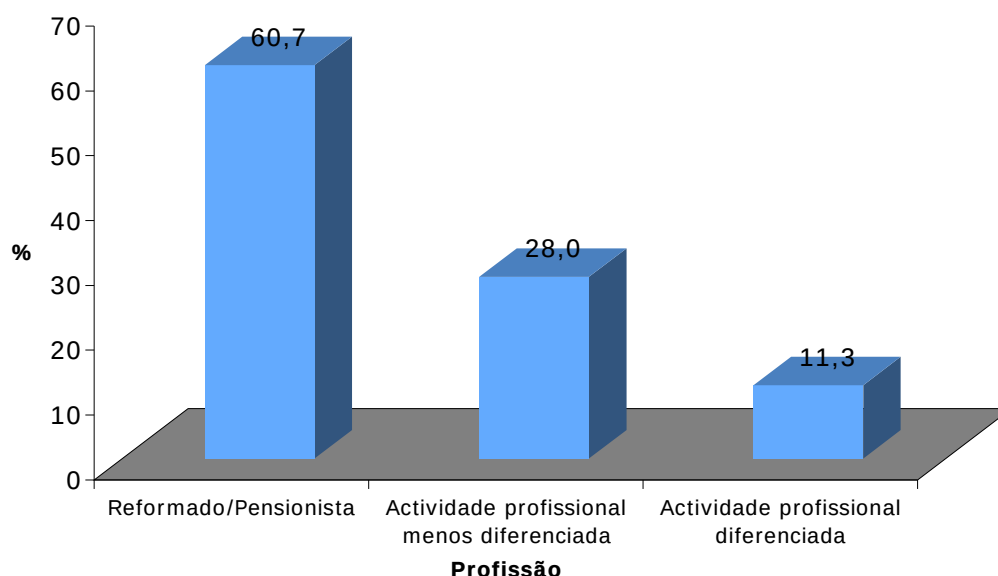
No que concerne ao *Estado Civil* (Quadro 2.42), foi avaliado no período antes e após cirurgia. Verificou-se que não houve alterações no intervalo entre as duas avaliações, pelo que apenas é apresentado o estado civil dos doentes num único momento. Assim, salienta-se que 76% dos doentes são casados ou vivem maritalmente e os restantes são solteiros, divorciados ou viúvos.

Quadro 2.42. Distribuição dos participantes pelo seu estado civil

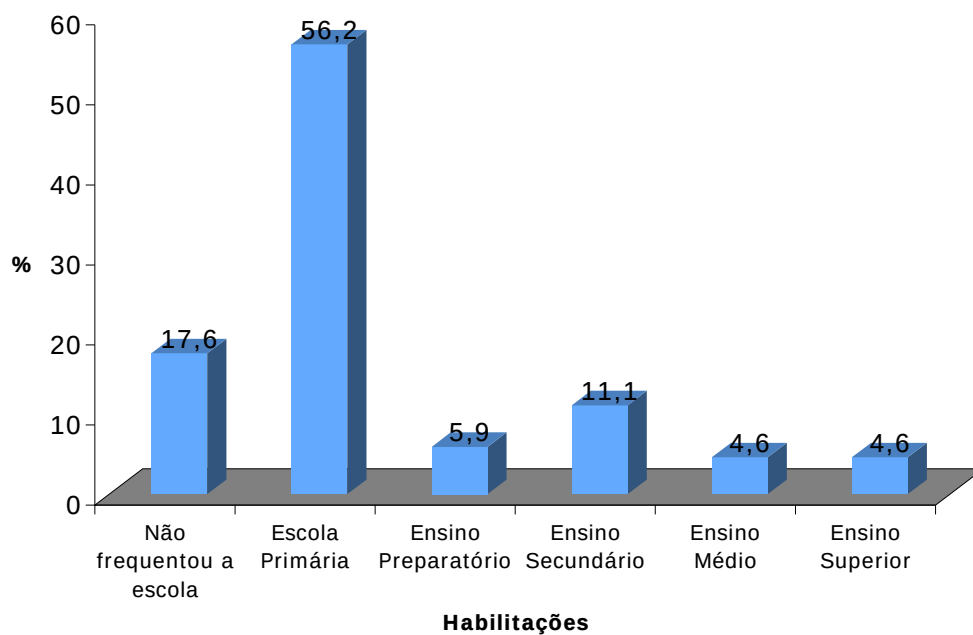
ESTADO CIVIL	n	%
Solteiro	6	3,9%
Casado/União de facto	116	75,8%
Separado/Divorciado	9	6%
Viúvo	22	14,4%

No que respeita à *Profissão* (Gráfico 2.2), verificou-se um elevado leque de profissões, pelo que houve a necessidade de englobá-las em categorias. Na categoria *Profissão Diferenciada* incluíram-se todas as profissões que têm por base um curso superior; na categoria *Profissão menos Diferenciada* incluíram-se as profissões que não exigem habilitação literária superior. A categoria *Reformado* inclui, para além dos doentes reformados, os doentes pensionistas. Observou-se uma maior percentagem (60,7%) na categoria *Reformado*, seguida da categoria *Profissão menos diferenciada*, com uma percentagem de 28%. De entre esta categoria salienta-se a profissão *Domestica* com uma percentagem de 7,2%.

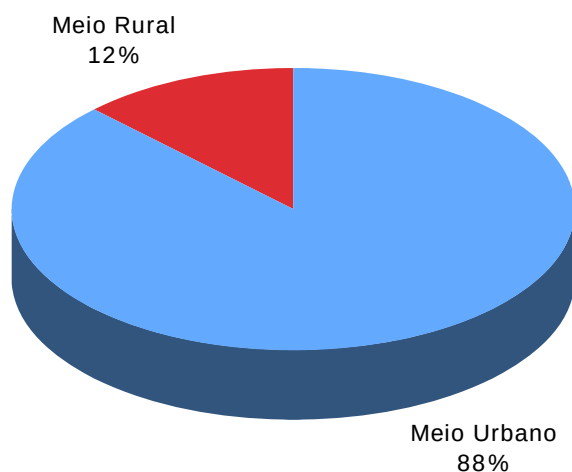
Gráfico 2.2. Distribuição dos participantes pela actividade profissional



Quanto ao *Nível de Escolaridade* (gráfico 2.3) verificou-se que a maior parte (56,2%) dos inquiridos apenas frequentaram o ensino básico, 17,6% são analfabetos, 11,1% têm o ensino secundário, 4,6% possuem ensino médio e 4,6% o ensino superior.

Gráfico 2.3. Distribuição dos participantes pelo nível de escolaridade

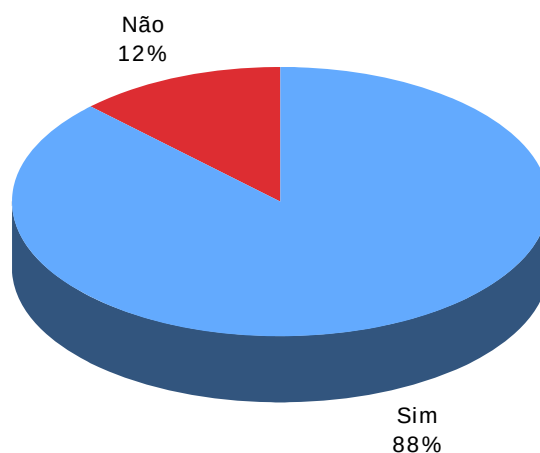
Quanto à *Zona de Residência* constata-se que 87,6% dos doentes vivem em meio urbano e os restantes 12,4% vivem em meio rural, (Gráfico 2.4).

Gráfico 2.4. Distribuição dos participantes zona de residência

Relativamente ao *Acompanhamento por parte de familiares durante o percurso desde o início da doença*, 88% dos doentes teve a presença de um

familiar e 12% não teve qualquer apoio familiar, desde o início da doença, (Gráfico 2.5).

Gráfico 2.5. Distribuição dos participantes pelo acompanhamento por parte dos seus familiares desde o início da doença



No que concerne ao tipo de relação existente entre o doente e o cuidador (Quadro 2.43), constatou-se que em 50,7% dos casos o cuidador é o cônjuge, em 20,1% dos casos são os filhos e em 10,7% dos casos o cuidado é distribuído pelo cônjuge e pelos filhos. Relativamente aos restantes 17,5%, o cuidado é distribuído pelos vários familiares, onde se incluem os sobrinhos, noras, cunhadas e os netos.

Quadro 2.43. Distribuição dos participantes pela relação com o seu cuidador

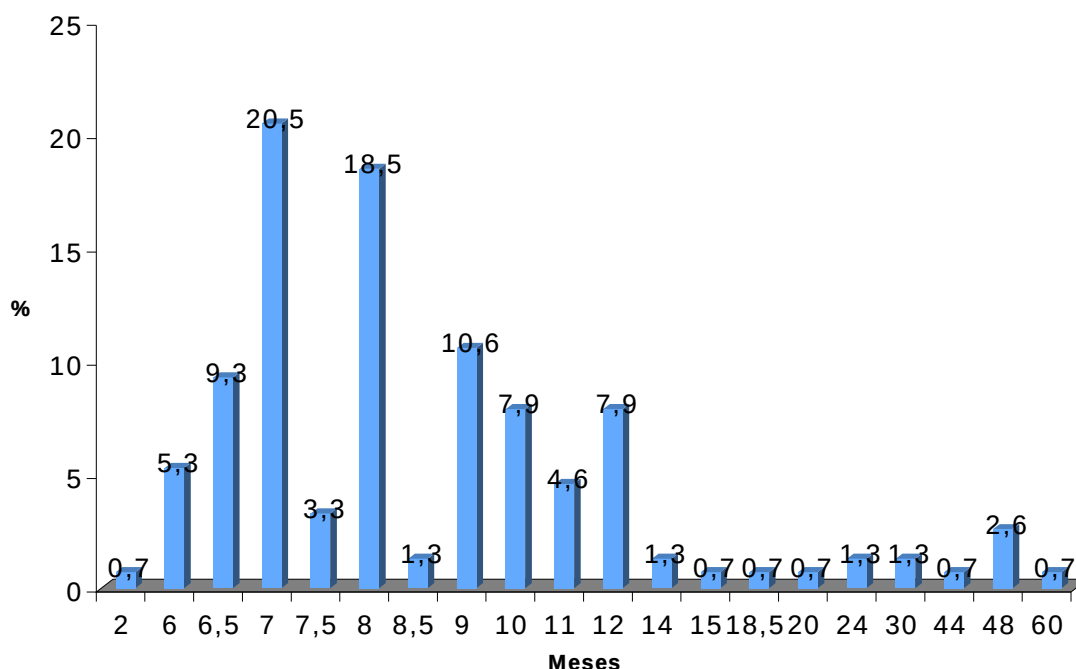
Participante Cuidador	n	%
Cônjuge	68	50,7%
Filho/a	27	20,1%
Cônjuge/Filhos	14	10,4%
Outros	25	17,5%

3.1.2. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DOS DOENTES

Tendo por base o questionário inicial apresentam-se seguidamente os dados referentes à caracterização do doente relacionada com a patologia em estudo (CCR).

Quanto ao *Momento do Diagnóstico* relativamente à avaliação em estudo, verificou-se que este variou entre os 2 e os 60 meses. Em 20,5% dos doentes, o diagnóstico ocorreu sete meses antes do momento da avaliação e em 18,5% dos doentes o diagnóstico ocorreu oito meses antes do momento da avaliação. É de salientar que em 90% dos doentes o momento do diagnóstico se situa entre os seis e os doze meses, conforme consta no gráfico 2.6. A média foi 10,6 meses com um desvio padrão de 8,8 meses, (Gráfico 2.6).

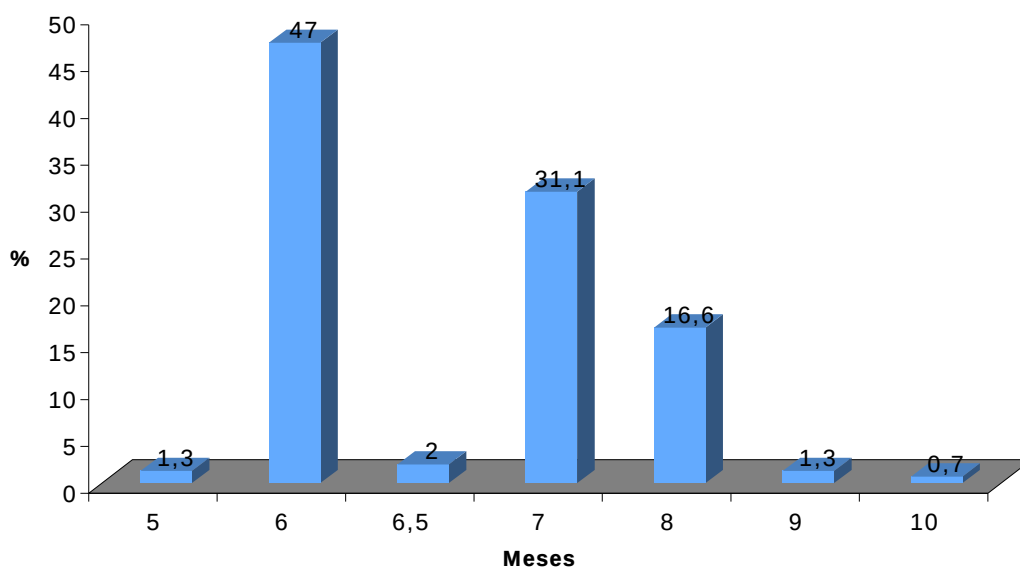
Gráfico 2.6. Distribuição dos participantes pelo momento do diagnóstico em relação à data do estudo (meses)



No que concerne ao *Tempo decorrido entre a cirurgia e o momento da avaliação* (Gráfico 2.7), este variou entre os cinco e os dez meses, verificando-se no entanto uma maior percentagem (47%) de doentes operados há seis meses, seguida de 31,1% em que a cirurgia ocorreu há sete meses. O *Tempo decorrido*

entre a cirurgia e o momento da avaliação apresentou uma média de 6,7 meses e um desvio padrão de 0,8 meses, conforme se pode observar no Quadro 2.46.

Gráfico 2.7. Distribuição dos participantes pelo tempo decorrido entre a cirurgia e o momento da avaliação



Da leitura do quadro seguinte (Quadro 2.44) pode constatar-se que em média o cancro colorectal foi diagnosticado há ± 11 meses e o tempo decorrido desde a cirurgia foi ± 7 meses.

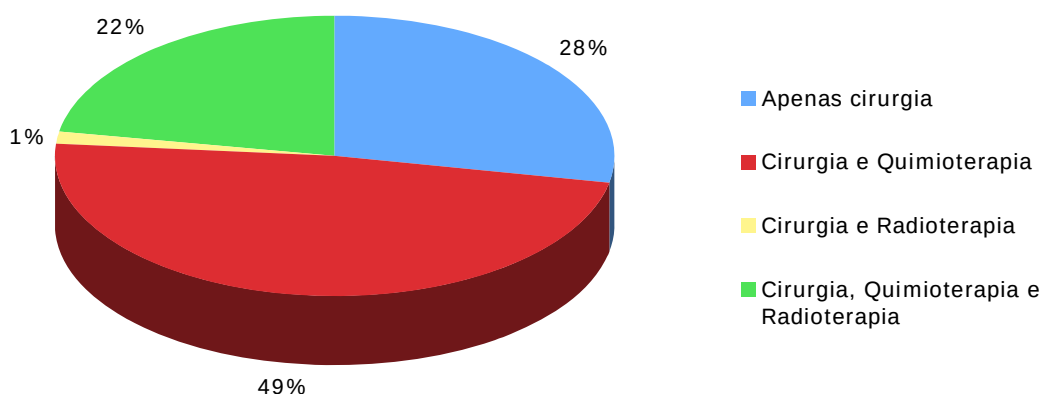
Quadro 2.44 - Momento de Diagnóstico e Cirurgia nos doentes com CCR

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Há quanto tempo foi diagnosticada a doença (meses)?	2,0	60,0	10,642	8,8137
Há quanto tempo foi operado (meses)?	5,0	10,0	6,705	0,8510

Relativamente aos *Tratamentos que o doente efectuou no decurso da sua doença*, verificou-se que a maior percentagem de doentes (48,4%) foi submetido a

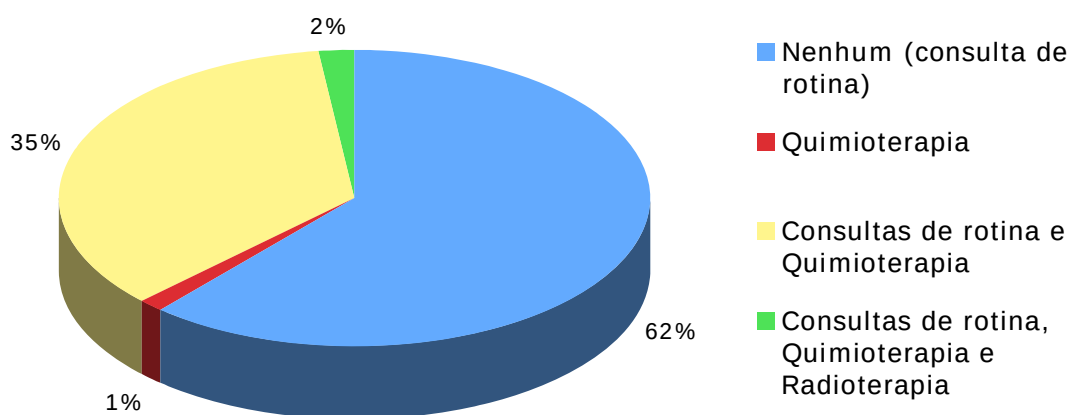
cirurgia e quimioterapia. 28,1% foram submetidos apenas a cirurgia e 22,2% efectuaram cirurgia, quimioterapia e radioterapia, conforme consta no gráfico 2.8.

Gráfico 2.8. Distribuição dos participantes pelos tratamentos efectuados



Quanto aos *Tratamentos que os doentes estavam a realizar no momento da avaliação*, verificou-se que 62% dos doentes estavam apenas a frequentar as consultas de follow-up, seguidos de 35% dos doentes que para além das consultas de follow-up estavam também a efectuar quimioterapia, (Gráfico 2.9).

Gráfico 2.9. Distribuição dos participantes pelos tratamentos em curso no momento da avaliação

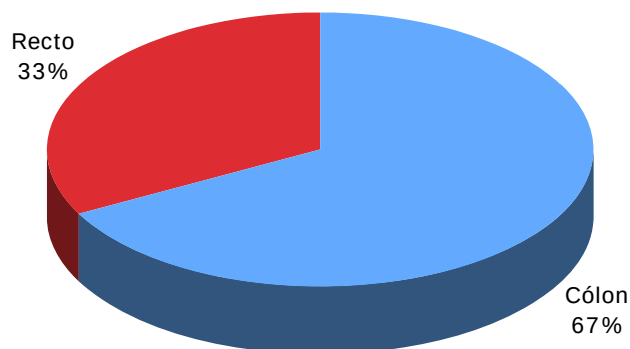


No que respeita aos sintomas apresentados pode observar-se que 63,4% apresentaram um variadíssimo leque de sintomas, sendo os sintomas gastrointestinais os mais relevantes. Assim, os enjoos estavam presentes em 32,7% dos inquiridos; os vómitos e a diarreia estavam presentes em 28,1% dos participantes, (Quadro 2.45). Conforme se pode ainda observar cada doente apresentou vários sintomas associados; 36,6% dos doentes não refere qualquer sintomatologia.

Quadro 2.45 - Distribuição dos participantes pela sintomatologia apresentada

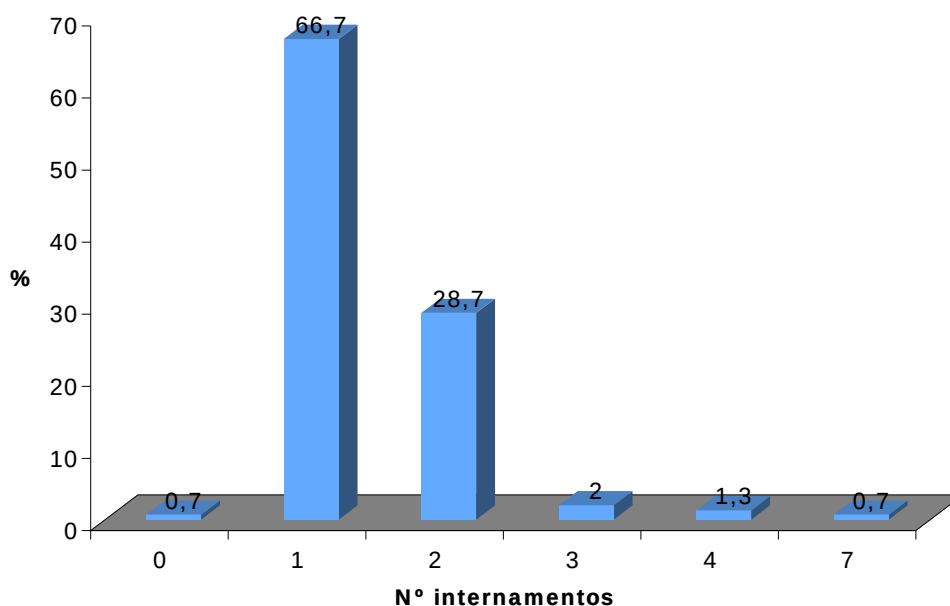
SINTOMATOLOGIA	n
Enjoos	50 (32,7%)
Dor	8 (5,7%)
Vómitos	43 (28,1%)
Diarreia	43 (28,1%)
Falta de Appetite	26 (17,7%)
Queda do cabelo	15 (9,8%)
Sensação de Queimadura	13 (8,6%)
Aftas	22 (14,4%)
Sem sintomas	56 (36,6%)

Relativamente à localização do cancro colorectal, salienta-se que 67% dos doentes apresentavam cancro do cólon e 33%, cancro do recto (gráfico 2.10). Estes resultados confirmam as estatísticas encontradas na literatura que apontam para um maior predomínio do cancro do cólon, quando comparado com o cancro do recto. De salientar que os participantes podiam apresentar mais do que 1 sintoma/ sinal em simultâneo.

Gráfico 2.10. Distribuição dos participantes pela localização do tumor

A necessidade de recurso a ostomia é frequente, nomeadamente se o doente é portador de um tumor na parte posterior do recto, não permitindo que a sua completa remoção seja efectuada em total segurança. A remoção completa do tumor é fundamental para impedir um novo crescimento tumoral. Este facto implica a necessidade de recurso a uma técnica cirúrgica mais agressiva, denominada cirurgia abdominoperineal, caracterizada pela completa remoção do perineo e anus. Esta cirurgia comporta uma colostomia ilíaca terminal, encerramento do sigmóide acima do tumor, anastomose dos vasos mesentéricos inferiores, fechamento do ânus, remoção da peça tumoral pelo períneo, englobando o ânus (Cruz et al., 2004). Também na amostra em estudo, para 30% dos doentes foi necessário o recurso à formação de uma ostomia, tendo em conta a localização baixa do tumor. Destes, 21,2% apresentaram ostomia definitiva e 9,8% ostomia provisória.

Em relação ao número de internamentos sofridos em consequência do CCR, constatou-se que 66,7% dos doentes apenas necessitou de um único internamento e 28,7% de dois internamentos, conforme consta no gráfico 2.11.

Gráfico 2.11. Distribuição dos participantes pelo número de Internamentos

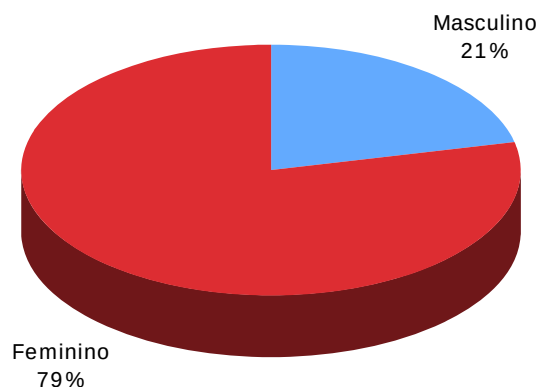
Mas só em apenas 6% dos inquiridos é que ocorreu uma recidiva ou complicações.

3.1.3. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS CUIDADORES/FAMILIARES

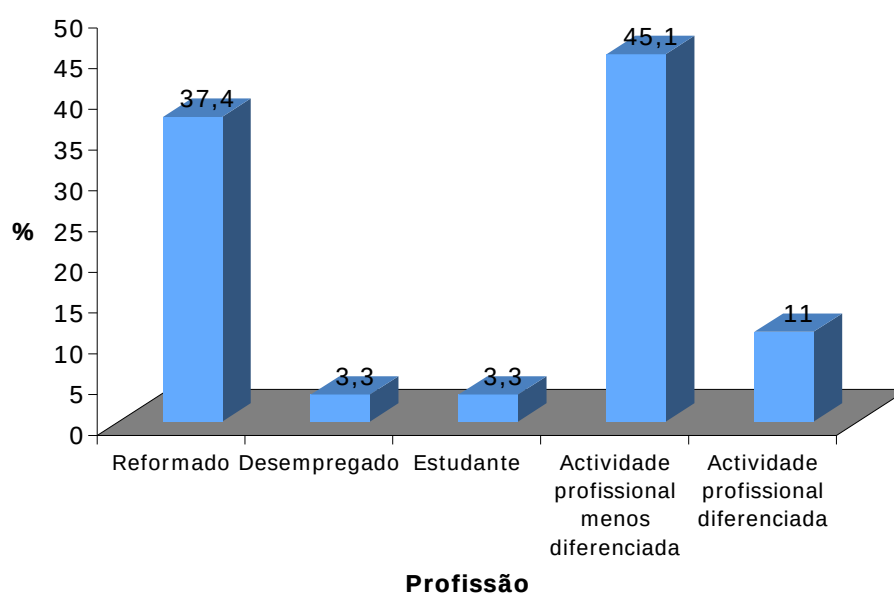
Partindo da análise dos dados colhidos através do questionário sócio-demográfico, efectuou-se a caracterização da amostra dos cuidadores/familiares do doente com CCR.

Quanto à idade dos cuidadores/familiares, esta variava entre os 19 e os 83 anos, sendo a média de 56 anos, com um desvio padrão de 13,96 anos.

No que concerne ao género (gráfico 2.12), verificou-se que 79% dos cuidadores/familiares eram do sexo feminino e os restantes do sexo masculino.

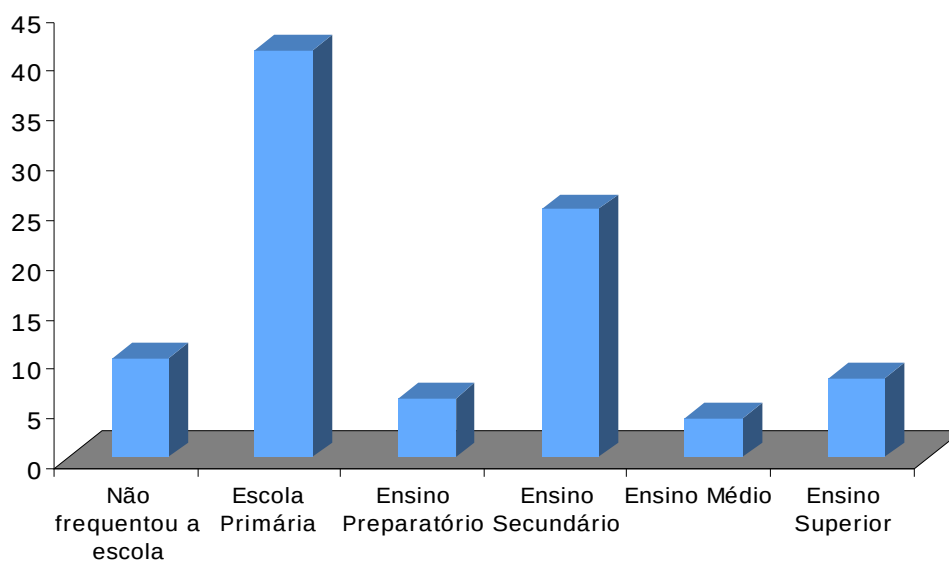
Gráfico 2.12. Distribuição dos cuidadores/familiares pelo seu género

Quanto à actividade profissional constatou-se que esta abrangia um vasto leque de opções, pelo que foi necessário proceder à criação de categorias, tal como aconteceu no grupo de doentes. Subdividiu-se a actividade profissional nas categorias de: *Reformado*, *Desempregado*, *Estudante*, *Actividade menos Diferenciada* e *Actividade Diferenciada*. Na amostra em estudo verificou-se que 37,4% dos cuidadores eram reformados, e 45,1% pertenciam à categoria *Actividade menos diferenciada*. Destes 45,1%, 15,6% eram domésticas, (Gráfico 2.13).

Gráfico 2.13. Distribuição dos cuidadores/familiares pela actividade Profissional

Através do gráfico 2.14 verificou-se que 43,6% dos indivíduos possuíam o ensino básico, 26,6% possuíam o ensino secundário, 10,6% não frequentaram a escola e 8,5% eram detentores de um curso superior.

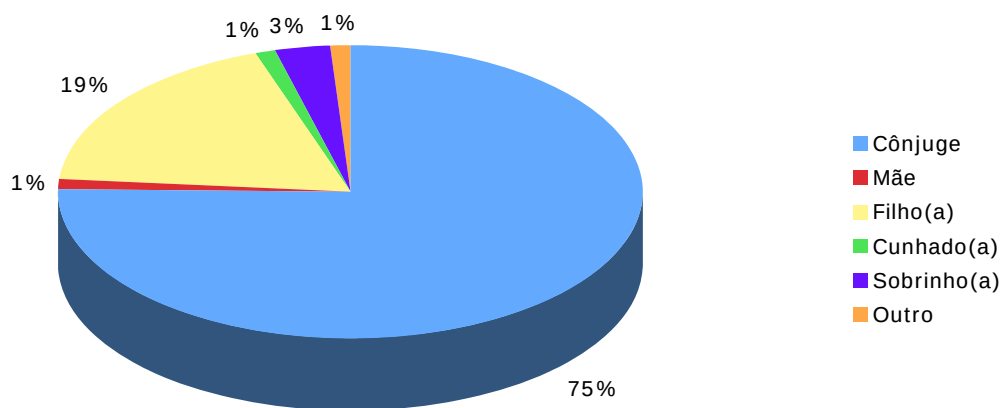
Gráfico 2.14. Distribuição dos cuidadores/familiares pelas habilitações literárias



Relativamente ao estado civil, constatou-se que oitenta e dois por cento dos cuidadores/familiares eram casados e 14% solteiros; os restantes eram divorciados (3%) ou viúvos (1%).

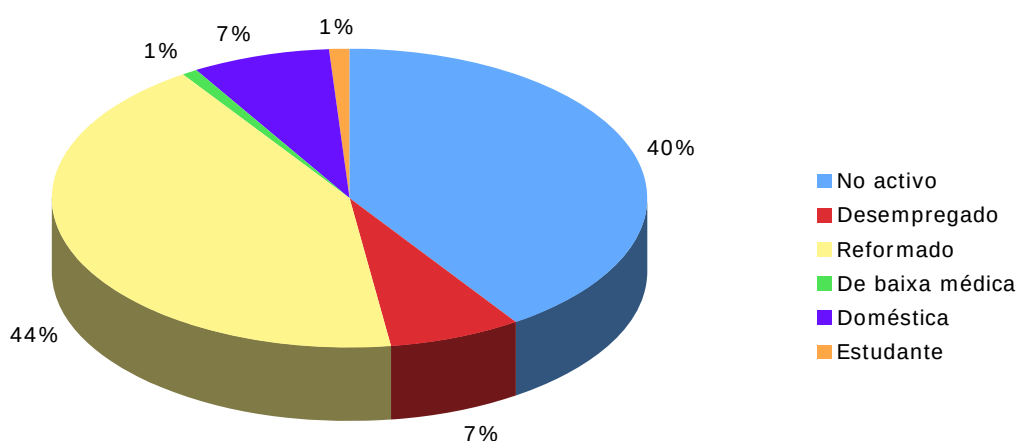
No que concerne à situação relacional, observou-se que a relação entre o cuidador/familiar e o doente é bastante díspare, como pode observar-se através do gráfico 2.15. Contudo, salienta-se que o cônjuge (75%) é o mais representativo. Os filhos também representam um grupo importante com uma percentagem de 19%.

Gráfico 2.15. Distribuição dos cuidadores/familiares pela situação relacional com o doente



Da análise do gráfico 2.16 observou-se que 40% dos cuidadores/familiares se encontram em situação laboral activa e 44% reformados. Estes dados evidenciam o facto de uma grande percentagem de cuidadores apresentarem uma média de idades elevada, encontrando-se já em situação de reforma, o que pode agravar a sua saúde global e a sua situação financeira familiar, factos que podem intervir na qualidade dos cuidados prestados ao doente.

Gráfico 2.16. Distribuição dos cuidadores/familiares pela situação profissional actual



3.2. RESULTADOS DOS DOENTES NAS DIFERENTES MEDIDAS DE AVALIAÇÃO

Seguidamente serão apresentados os dados relativos à análise descritiva efectuada com base nas respostas dadas pelos doentes a cada um dos instrumentos aplicados.

3.2.1. QUALIDADE DE VIDA

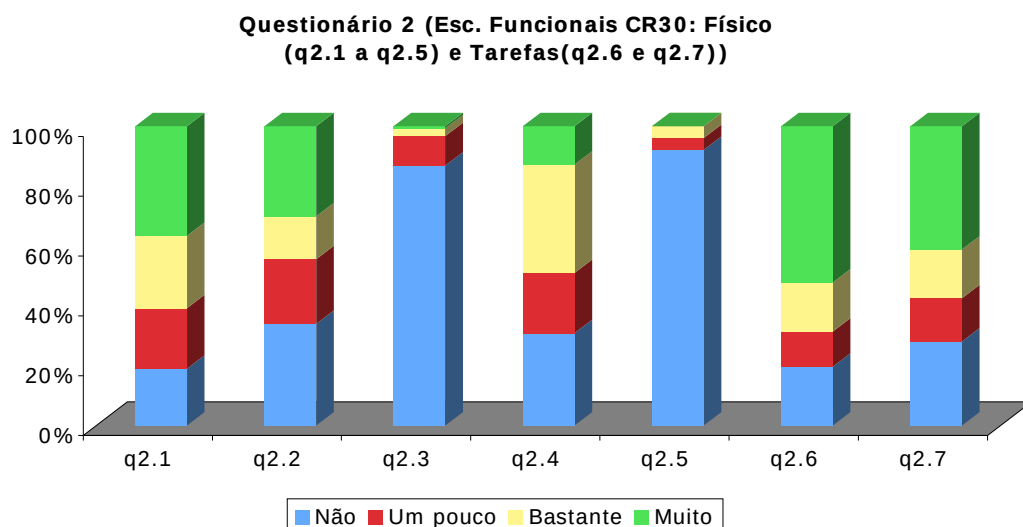
Para avaliar a qualidade de vida dos doentes com CCR foi utilizado o questionário EORTC QLQ-CR30 direccionado para avaliar a qualidade de vida dos doentes com cancro no geral.

Salienta-se que, no que respeita às categorias relativas à sintomatologia, os valores mais elevados correspondem a um agravamento dos sintomas. No que concerne às categorias correspondentes à funcionalidade, os valores mais elevados correspondem a uma maior funcionalidade por parte do doente.

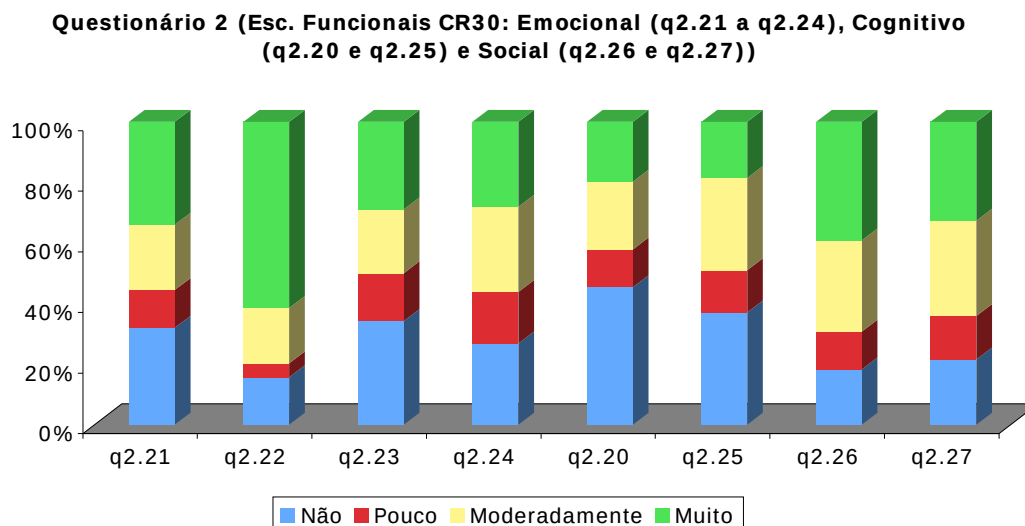
EORTC-QLQ-C30

Relativamente à análise descritiva das respostas ao instrumento que avalia a Qualidade de Vida do doente com CCR, escalas funcionais, dimensões *Físico* e *Tarefas* salientam-se as questões 3 e 5, relacionadas com a capacidade de se auto-cuidar e deambular, as quais demonstram que os doentes com CCR apresentam uma elevada funcionalidade no que concerne à capacidade de se auto-cuidar. No que respeita à questão 6, relacionada com as limitações sentidas no emprego e no desempenho das suas actividades diárias, os doentes referem maiores dificuldades do que antes, (gráfico 2.17).

Salienta-se que em todos os itens do EORTC a categoria *Muito* significa pior qualidade de vida.

Gráfico 2.17. Respostas correspondentes às escalas funcionais CR30 (Físico e Tarefas)

No que respeita às dimensões *Emocional*, *Cognitivo* e *Social* das escalas funcionais do EORTC CR30, constatou-se que apenas a questão 22, relacionada com a existência de preocupações, evidencia um agravamento da qualidade de vida do doente, (gráfico 2.18).

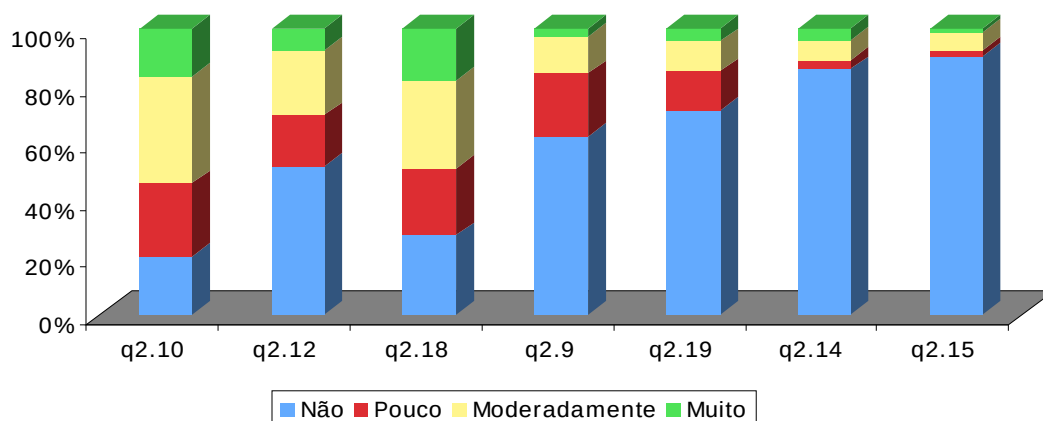
Gráfico 2.18. Respostas correspondentes às escalas funcionais CR30 (Emocional, Cognitivo e Social)

Da análise do gráfico 2.19, pôde constatar-se que os doentes com cancro colorectal apresentam maiores dificuldades indicadas nas questões 10 e 18, as quais estão relacionadas com o cansaço e a necessidade de descansar. Quanto

aos sintomas *Náuseas* e *Vómitos* (Questões 14 e 15), verificou-se que estes não apresentam valores relevantes.

Gráfico 2.19. Respostas correspondentes às escalas de Sintomas CR30 (Fadiga, Dor e Náusea/vómitos)

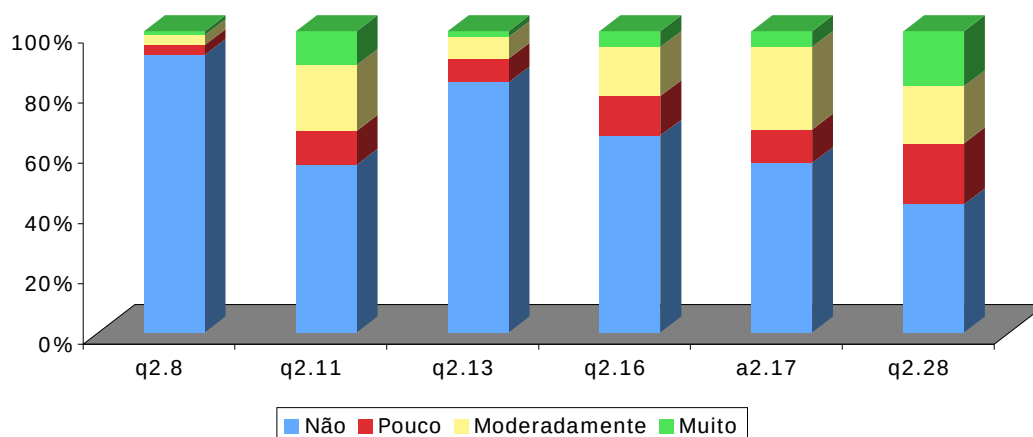
Questionário 2 (Esc. Sintomas CR30: Fadiga (q2.10, q2.12, q2.18), Dor (q2.9, q2.19) e Náusea/vómitos (q2.14 e q2.15))



Relativamente aos valores apresentados no gráfico 2.20, há a salientar que a qualidade de vida dos doentes com CCR não é muito afectada pela sintomatologia em estudo, observando-se valores mais relevantes apenas na questão 28, que se relaciona com problemas financeiros.

Gráfico 2.20. Respostas correspondentes às escalas simples CR30 (Dispneia, Insónia, Perda de Apetite, Prisão de Ventre, Diarreia e Dificuldades Financeiras)

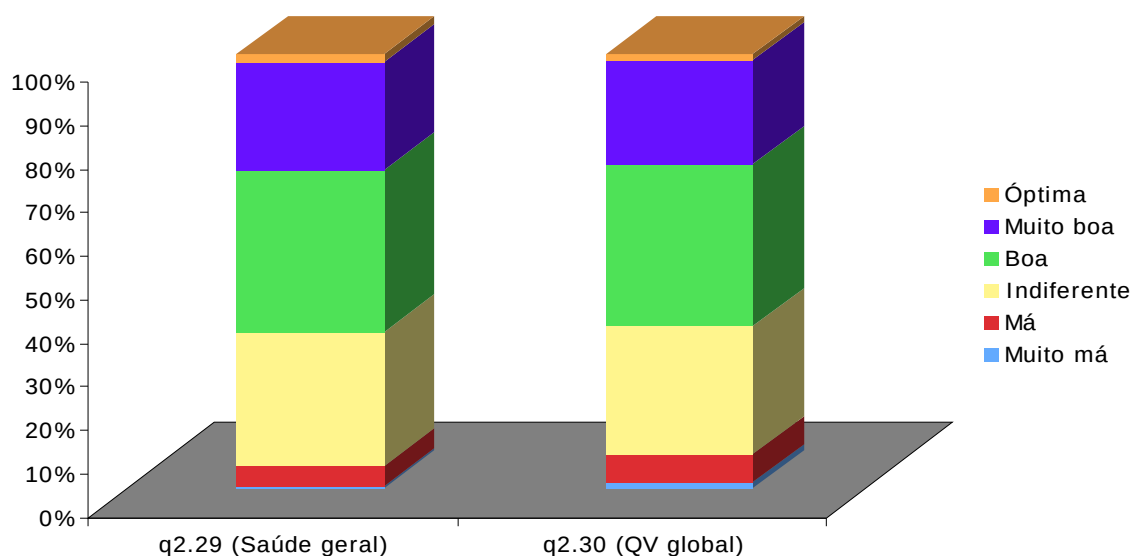
Questionário 2 (Esc. Simples: Dispneia (q2.8), Insónia (q2.11), Perda de apetite (q2.13), Prisão de ventre (q2.16), Diarreia (q2.17) e Dificuldades financeiras (q2.28))



Da leitura do gráfico 2.21, depreendeu-se que a grande maioria dos doentes considera que a sua saúde em geral e a sua qualidade de vida global estão bastante interligadas, situando-se ambas entre o “moderado” e o “bom”.

Há a referir que o 1 equivale ao valor péssimo e o 7 ao ótimo.

Gráfico 2.21. Respostas correspondentes às escalas simples CR30 (saúde em geral e qualidade de vida global)



O Quadro 2.46 mostra as médias observadas por cada dimensão do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida (EORTC QLQ-CR30), onde se pôde constatar que, no que respeita à funcionalidade, as dimensões Social e Tarefas são as pior classificadas, tendo em conta que maiores resultados correspondem a maior funcionalidade, logo seguidas da dimensão *Emocional*, sendo precisamente melhor a funcionalidade física. Por outro lado, a *Fadiga* é claramente o sintoma menos bem classificado, enquanto que nas escalas simples são as *Dificuldades Financeiras* que sobressaem. Como já se referiu atrás, a *Saúde em Geral* está próxima da *QV Global*, sendo que, em percentagem, estão ambas acima dos 50%, em média. De salientar que no que concerne à sintomatologia e tal como referido anteriormente, maiores valores correspondem a um agravamento dos sintomas.

Quadro 2.46. Estatística descritiva do EORTC QLQ-CR30

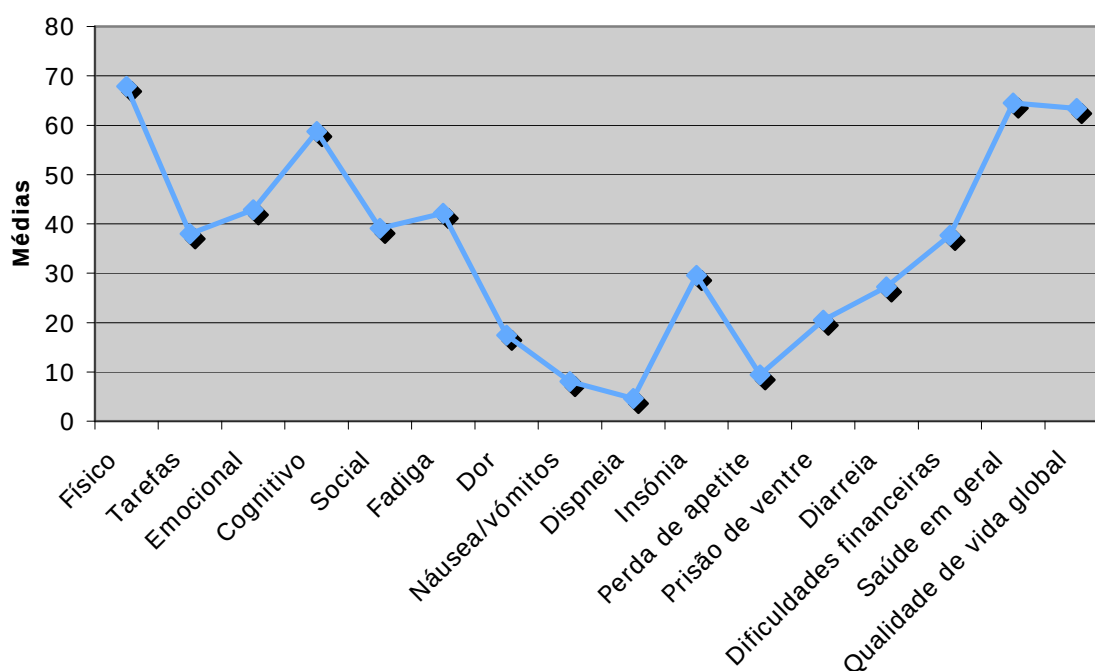
Dimensões	N	Mínimo	Máximo	Média Ponderada	Desvio Padrão
Físico	145	11	100	67,87	22,403
Tarefas	145	0	100	38,02	37,922
Emocional	145	0	100	42,86	32,842
Cognitivo	145	0	100	58,71	32,393
Social	145	0	100	39,11	33,678
Fadiga	145	0	100	42,12	29,996
Dor	145	0	100	17,43	26,514
Náuseas/Vómitos	145	0	100	8,06	20,600
Dispneia	145	0	100	4,61	17,177
Insónia	145	0	100	29,58	36,827
Perda de apetite	145	0	100	9,37	22,768
Prisão de ventre	145	0	100	20,48	31,326
Diarreia	145	0	100	27,23	33,647
Dificuldades financeiras	145	0	100	37,69	38,558
Saúde em geral	145	17	100	64,49	15,495
Qualidade de vida global	145	17	100	63,40	16,116
N	145				

Como forma de realçar os valores encontrados nas várias dimensões relativas ao instrumento EORTC QLQ-CR30, cujo objectivo é avaliar a qualidade de vida dos doentes com cancro, apresenta-se em seguida um gráfico com o perfil desses mesmos resultados, (Gráfico 2.22).

Da análise dos resultados apresentados no gráfico supra-citado verifica-se que os doentes com cancro colorectal apresentam boa funcionalidade, encontrando maiores limitações na realização das tarefas diárias e nas actividades de carácter social. No que respeita à sintomatologia, verifica-se que os doentes com cancro colorectal apresentam baixos níveis de sintomas, com excepção para a fadiga e a insónia, as quais apresentam valores mais elevados.

De salientar que os doentes com cancro colorectal consideram que a sua saúde em geral e a sua qualidade de vida global é satisfatória.

Gráfico 2.22. Distribuição dos inquiridos pelo perfil dos valores das médias das dimensões do EORTC QLQ-CR30



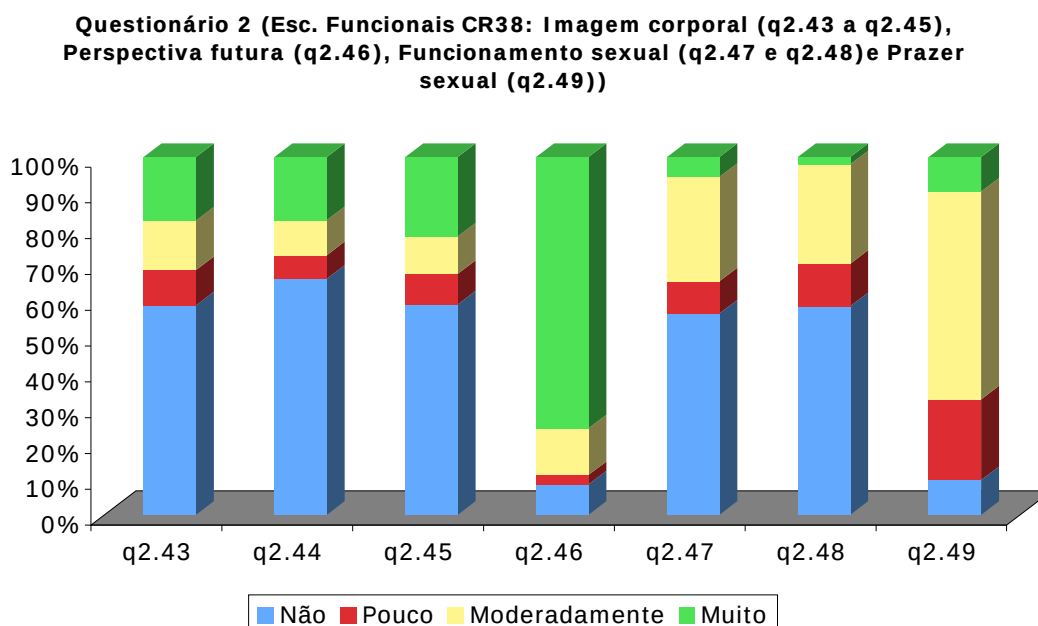
EORTC-QLQ-C38

Este instrumento de avaliação tem como principal objectivo complementar a informação obtida através do EORTC QLQ-CR30, sendo a sua especificidade relativa ao cancro colorectal.

Tal como no EORTC QLQ-CR30 e no que concerne às dimensões correspondentes à avaliação da funcionalidade, maiores valores correspondem a uma melhor funcionalidade por parte do doente. Nas dimensões cujo objectivo é avaliar a sintomatologia, maiores valores correspondem a maior sintomatologia.

Deste modo, e tendo por base a observação dos valores apresentados no gráfico 2.23, constatou-se que a questão 46, relacionada com as perspectivas futuras, é a que evidenciou maior impacto na qualidade de vida do doente, seguida da questão 49, a qual apresenta um impacto moderado e que está relacionada com a existência de prazer sexual por parte do doente. As questões 43, 44, e 45, relacionadas com a imagem corporal, indiciam também algum agravamento da qualidade de vida do doente com CCR.

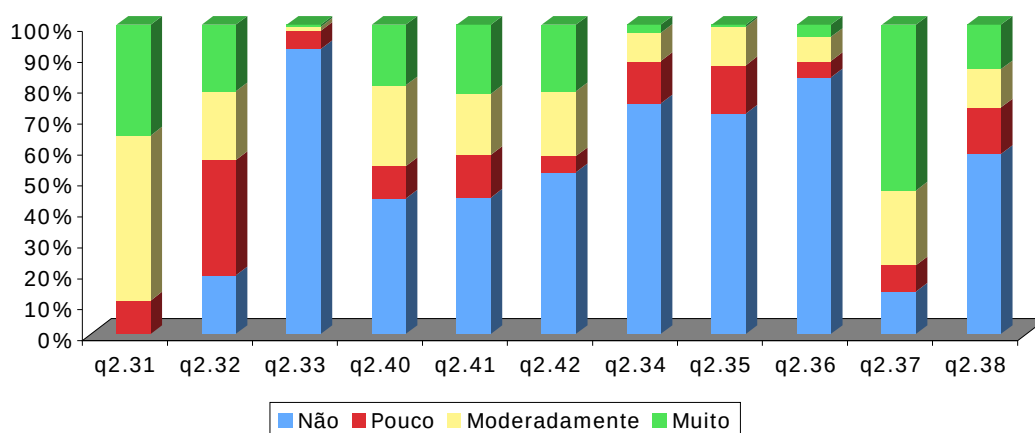
Gráfico 2.23. Respostas correspondentes às escalas Funcionais CR38 (Imagem Corporal, Perspectiva Futura, Funcionamento Sexual e Prazer Sexual)



No que concerne ao gráfico 2.24, verificou-se que as questões 31 e 32 relacionadas com *Problemas de Micção* (urinar com frequência durante o dia e durante a noite) e questão 37, relacionada com a presença de *Sintomas Gastrointestinais* (flatulência), foram as que mais impacto tiveram na qualidade de vida dos doentes. Relativamente às questões 33 (dor ao urinar) e 34, 35 e 36, que apontam para a existência de dor ao nível do tracto gastrointestinal, não apresentaram valores significativos. As questões 40, 41 e 42 estão relacionadas com os efeitos secundários da quimioterapia, nomeadamente, boca seca, cabelo enfraquecido e alteração do paladar e evidenciam uma influência moderada na qualidade de vida dos doentes. Estes resultados confirmam que os aspectos relacionados com os efeitos secundários da quimioterapia são relevantes para a qualidade de vida dos doentes com cancro, para além dos problemas emocionais que a doença oncológica acarreta.

Gráfico 2.24. Respostas correspondentes às escalas de sintomas CR38 (Problemas de Micção, Efeitos Sec. Quimioterapia e Sintomas do Tracto Gastrointestinal)

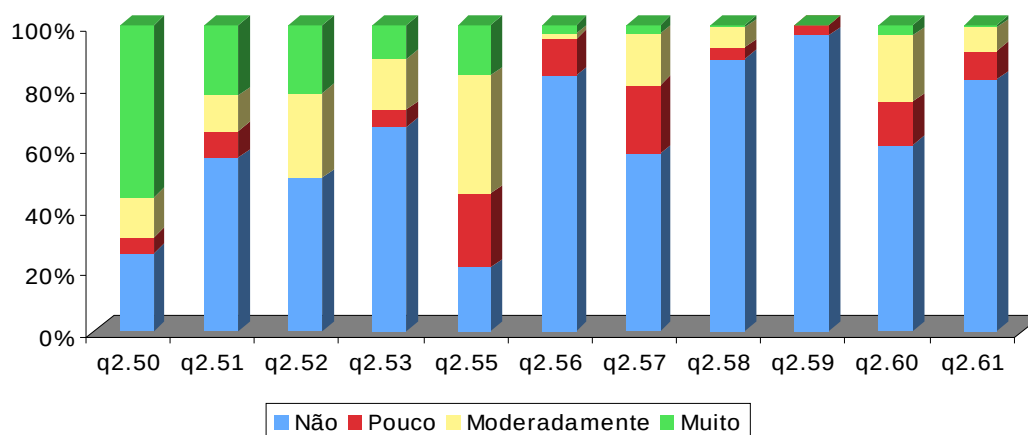
Questionário 2 (Esc. Sintomas CR38: Problemas de micção (q2.31 a q2.33), Efeitos sec. Quimioterapia (q2.40 a q2.42) e Sintomas do trato gastro-intestinal (q2.34 a q2.38))



Relativamente ao gráfico 2.25, houve a salientar o facto de as questões 50 e 55, relativas a problemas relacionados com a erecção e com a evacuação, respectivamente, apresentarem maior impacto na qualidade de vida dos doentes, com destaque para os problemas relacionados com a erecção.

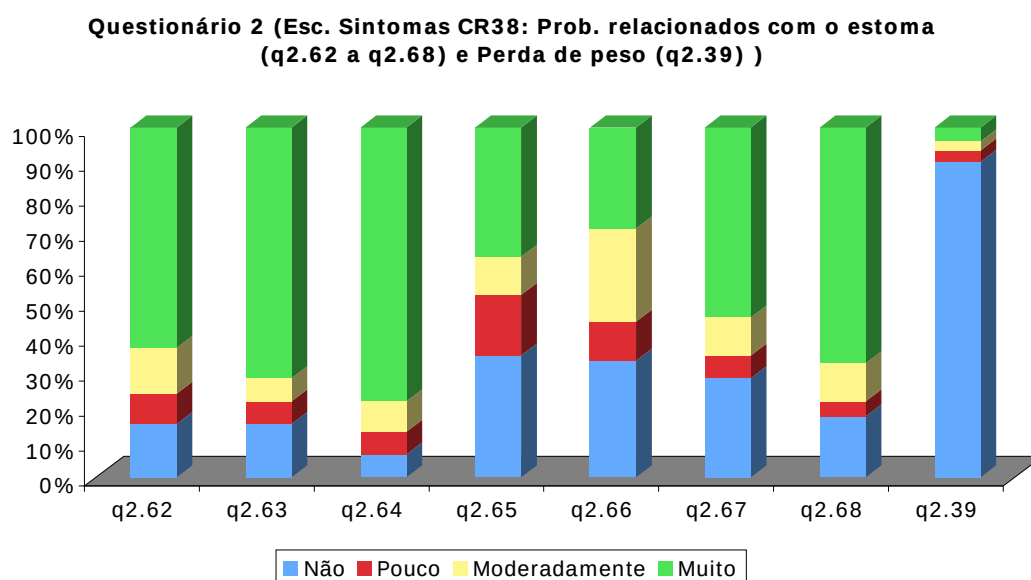
Gráfico 2.25. Respostas correspondentes às escalas de sintomas CR38 (Prob. Sexuais Masculinos, Prob. Sexuais Femininos e Prob. de Defecação)

Questionário 2 (Esc. Sintomas CR38: Prob. sexuais masculinos (q2.50 e q2.51), Prob. sexuais femininos (q2.52 e q2.53) e Prob. defecção (q2.55 a q2.61))



Da análise do gráfico 2.26 salientam-se os resultados das questões 62, 63, 64, 67 e 68, relacionadas com problemas com o estoma, donde se depreende que a presença de uma ostomia tem um enorme impacto na qualidade de vida do doente com cancro colorectal. De salientar que de todas as dimensões em estudo, estas são as que apresentam maior percentagem de respostas no item “Muito”, o que indica que a presença da ostomia provoca alterações profundas na qualidade de vida do doente. A questão 39 relacionada com a perda de peso, não apresentou relevância significativa.

Gráfico 2.26. Respostas correspondentes às escalas de sintomas CR38 (Prob. Relacionados com o Estoma e Perda de Peso)



Através do Quadro 2.47 podem observar-se as médias relativas às dimensões do EORTC QLQ-CR38, sendo de salientar que, no que respeita à funcionalidade, a dimensão *Perspectiva Futura* é a que indica maior problemática para o doente, logo seguida do *Desempenho Sexual*. Quanto aos Sintomas, e tendo em conta que maiores valores indicam maiores problemas, são os *Problemas Relacionados com o Estoma* que se salientam.

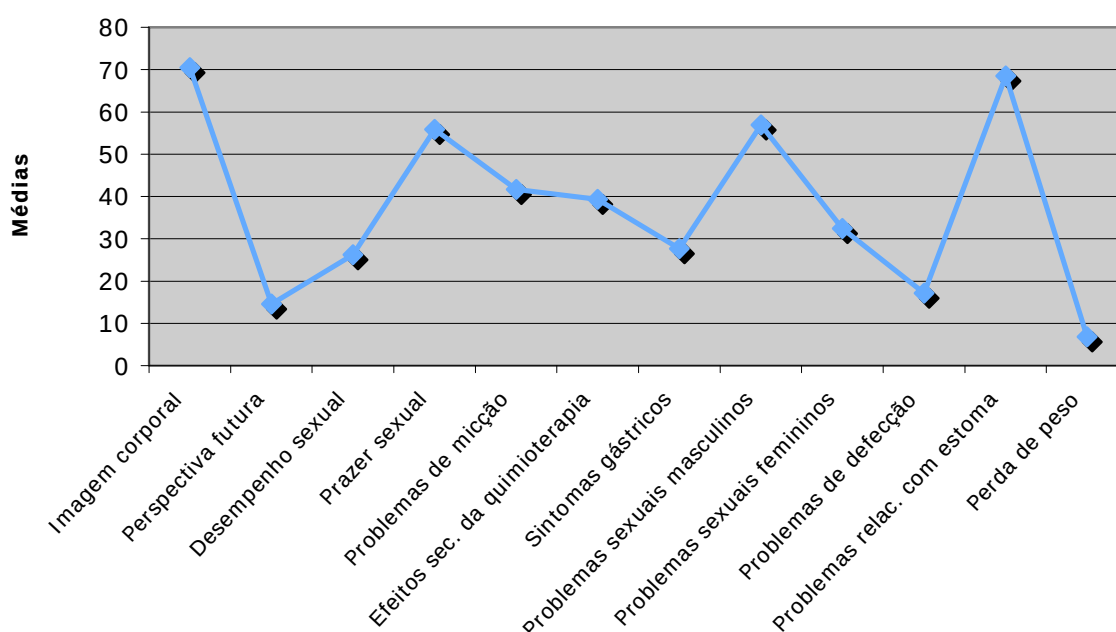
A análise dos resultados obtidos mostra que a *Perda de Peso* não altera de forma relevante a qualidade de vida dos doentes com cancro colorectal.

Quadro 2.47. Estatística descritiva do EORTC QLQ-CR38

Dimensões	N	Mínimo	Máximo	Média Ponderada	Desvio Padrão
Imagem corporal	145	0	100	70,44	38,324
Perspectiva futura	145	0	100	14,60	30,066
Desempenho sexual	144	0	100	26,27	31,939
Prazer sexual	62	0	100	55,91	26,152
Problemas de micção	145	0	78	41,68	17,719
Efeitos sec. da quimioterapia	145	0	100	39,32	32,303
Sintomas gástricos	145	0	80	27,71	15,988
Problemas sexuais masculinos	99	0	100	56,90	39,341
Problemas sexuais femininos	18	0	100	32,41	36,814
Problemas de defecação	107	0	52	17,19	10,700
Problemas relacionados com o estoma	46	0	100	68,53	28,773
Perda de peso	145	0	100	6,80	22,480

O gráfico seguinte (Gráfico 2.27) apresenta o perfil das médias ponderadas correspondentes às dimensões relativas ao instrumento EORTC QLQ-CR38, específico para avaliar a qualidade de vida dos doentes com cancro colorectal. Da sua observação constatou-se que, no que concerne às escalas funcionais, os doentes com cancro colorectal apresentam maiores limitações relativamente à sua perspectiva futura e ao seu desempenho sexual. Em relação às escalas de sintomas observou-se que os doentes referem maiores dificuldades ao nível dos problemas sexuais masculinos e relacionados com a presença de uma ostomia. De salientar que ambos os sintomas são comuns em doentes com cancro na região posterior do recto, o qual requer como tratamento a técnica cirúrgica abdominoperineal, a qual implica a formação de uma ostomia e a lesão dos nervos pélvicos.

Gráfico 2.27. Distribuição dos participantes pelo perfil dos valores das médias das dimensões do EORTC QLQ-CR38



3.2.2. SATISFAÇÃO MARITAL

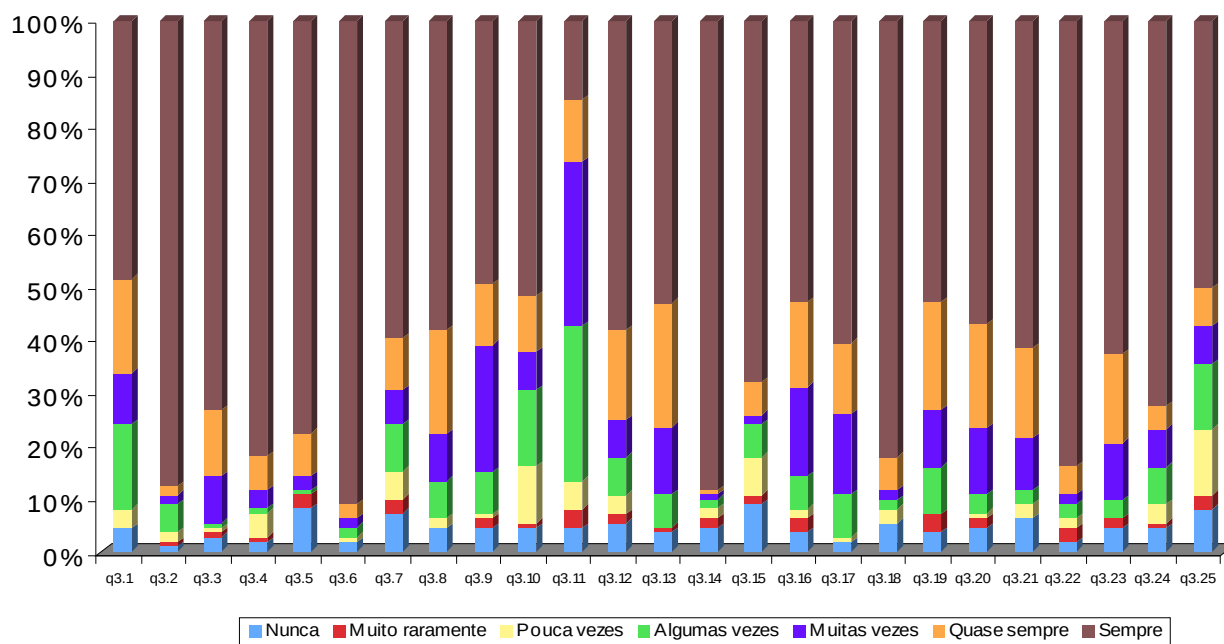
Para avaliar a satisfação marital foi utilizado o *Índice de Satisfação Marital* (Hudson, 1982). Como forma de facilitar a leitura dos gráficos relativos ao instrumento utilizado salienta-se que ao valor 1 corresponde uma maior insatisfação.

Relativamente ao gráfico 2.28, pôde constatar-se que os doentes com CCR da amostra em estudo se encontram, em grande maioria, satisfeitos com a sua relação conjugal; a quase totalidade dos doentes discorda das questões 2 e 6, relacionadas com o facto de o doente achar que o(a) parceiro(a) o(a) trata mal e em que a sua relação está a terminar.

Na questão 11, relacionada com a existência de momentos de diversão em conjunto, existe já um maior nível de insatisfação. Este facto pode estar relacionado com o stress emocional a que toda a família está sujeita, como consequência da doença oncológica ou com a adaptação a uma nova imagem corporal.

Apesar da diminuição dos momentos de diversão, a satisfação dos doentes, relativamente à sua vida conjugal, está bem patente em todo o gráfico, conforme se pode observar através das questões 18 (Sinto que não me deveria ter casado com o meu companheiro(a)) e 22 (Sinto que já não tenho carinho pelo meu companheiro(a)), as quais indicam uma elevada satisfação conjugal.

Gráfico 2.28. Respostas correspondentes ao Índice de Satisfação Marital



Quanto à estatística descritiva relativa ao Índice de satisfação Marital, apresentou uma média de 15,92 e um desvio padrão de 18,98. Relativamente ao Índice de Satisfação Marital, o valor da média indica que, numa escala de 0 a 100%, o índice de satisfação marital é de 15,92%, o que é bastante positivo, já que a valores maiores corresponde maior insatisfação.

3.2.3. SATISFAÇÃO SEXUAL

Para avaliar a satisfação sexual dos doentes com cancro colorectal foi utilizado o *Índice de Satisfação Sexual* (Hudson, 1982). Como forma de facilitar a leitura dos gráficos relativos ao instrumento utilizado salienta-se que ao valor 1 corresponde uma maior insatisfação.

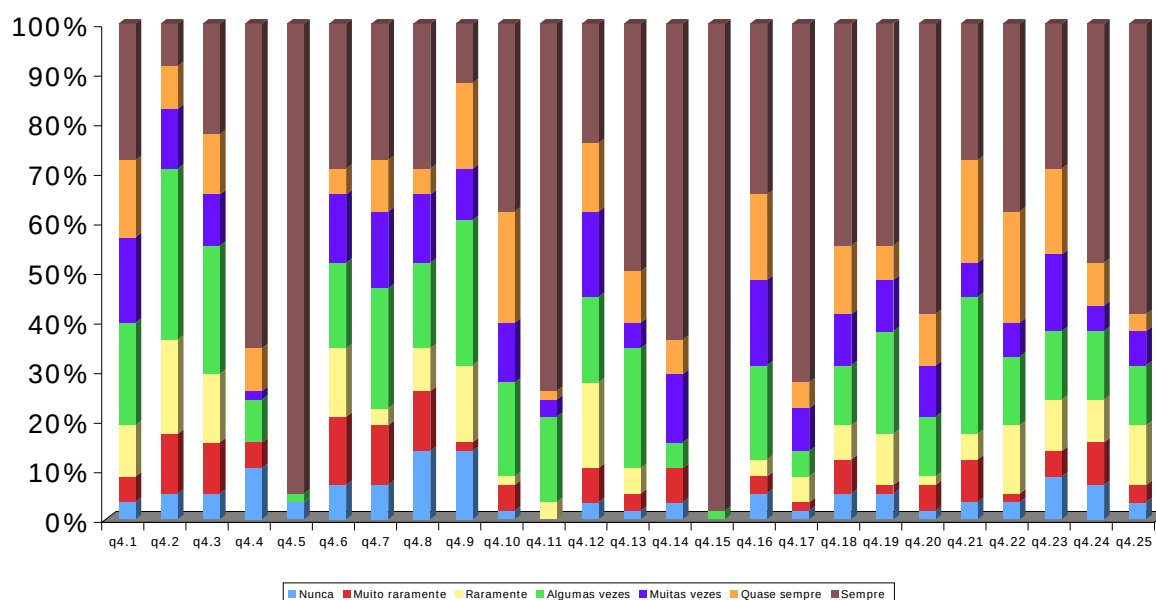
Relativamente à análise dos dados referentes ao gráfico 2.29, constatou-se que a satisfação sexual dos doentes apresenta valores baixos de satisfação,

nomeadamente nas questões 2 (A nossa vida sexual é muito excitante) e 9 (O meu parceiro(a) é sexualmente muito excitante). No que concerne às questões 4 (Ter relações sexuais tornou-se uma obrigação para mim) e 5 (Sinto que o sexo com o meu companheiro é sujo e nojento), uma grande percentagem de doentes discorda com estas afirmações.

No que concerne às questões 11, 14, 15 e 17, verificou-se que os doentes apresentam um elevado grau de satisfação, com especial relevo para a questão 15 (o meu companheiro é rude ou bruto quando temos sexo), na qual a esmagadora maioria dos doentes se manifesta em desacordo.

Pela observação do gráfico 2.29 pôde ainda constatar-se que a satisfação sexual dos doentes com cancro colorectal é satisfatória para as questões 20 (O meu companheiro(a) parece evitar o contacto sexual comigo) e 25 (Sinto que a minha vida sexual é uma chatice), em que a grande maioria dos doentes respondeu *Nunca*.

Gráfico 2.29. Respostas correspondentes ao Índice de Satisfação Sexual



Quanto à estatística descritiva relativa ao Índice de satisfação Sexual, este apresentou uma média de 28,03 e um desvio padrão de 17,30, sendo que, e tal como no caso da satisfação marital, o resultado médio de 28,03% é bastante

positivo (numa escala percentual), embora se possa observar que o índice de satisfação marital é melhor que o índice de satisfação sexual, lembrando que, a valores maiores corresponde maior insatisfação. O valor mínimo foi 4% e o máximo 79%.

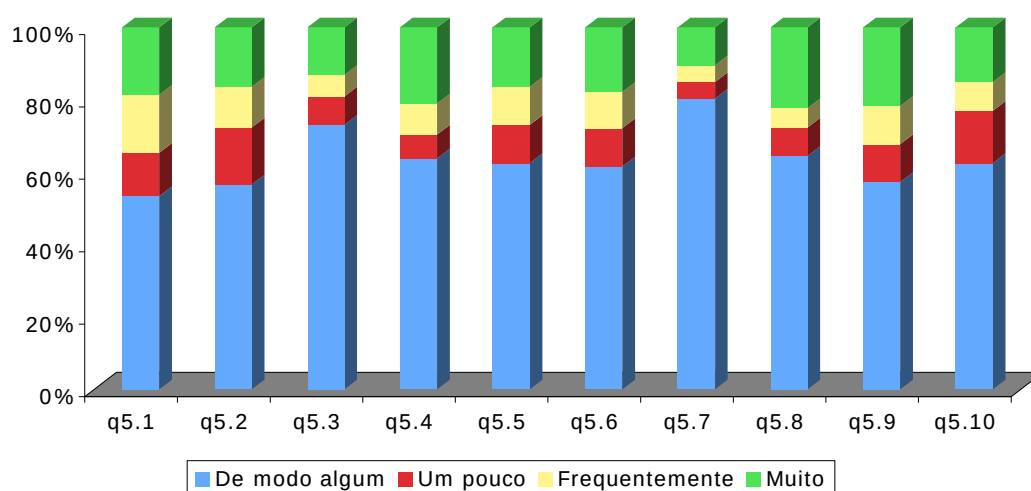
3.2.4. IMAGEM CORPORAL

Para avaliar o impacto do cancro colorectal ao nível da imagem corporal do doente com cancro colorectal foi utilizada a Escala de Imagem Corporal (Hopwood, Fletcher, Lee, Al Ghazal, 2001).

Como forma de facilitar a leitura dos gráficos relativos ao instrumento utilizado salienta-se que *Muito* equivale a maior insatisfação.

Relativamente ao impacto que o CCR tem na imagem corporal do doente, observou-se que os resultados são muito homogéneos para todas as questões, encontrando-se a maioria dos doentes satisfeitos com a sua imagem corporal. Manteve-se constante um pequeno grupo de doentes que se encontram muito insatisfeitos, o que parece corresponder ao grupo dos doentes ostomizados, (Gráfico 2.30).

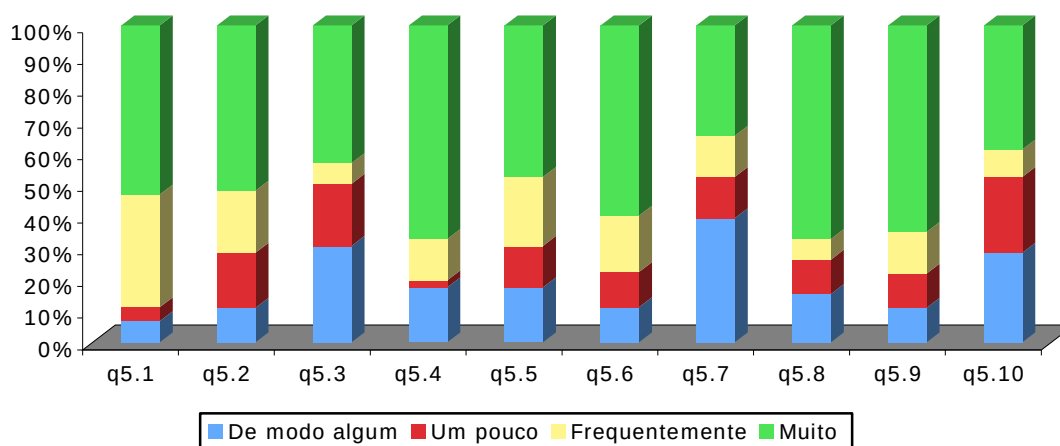
Gráfico 2.30. Respostas correspondentes às questões constituintes da Escala de Imagem Corporal



No que concerne à estatística descritiva relativa à Escala de Imagem Corporal, encontrou-se uma média de 8.02 e um desvio padrão de 10,247. O valor mínimo foi 0 (zero) e o máximo 30. Saliente-se que valores mais elevados (mais próximos de 30) correspondem a maior insatisfação.

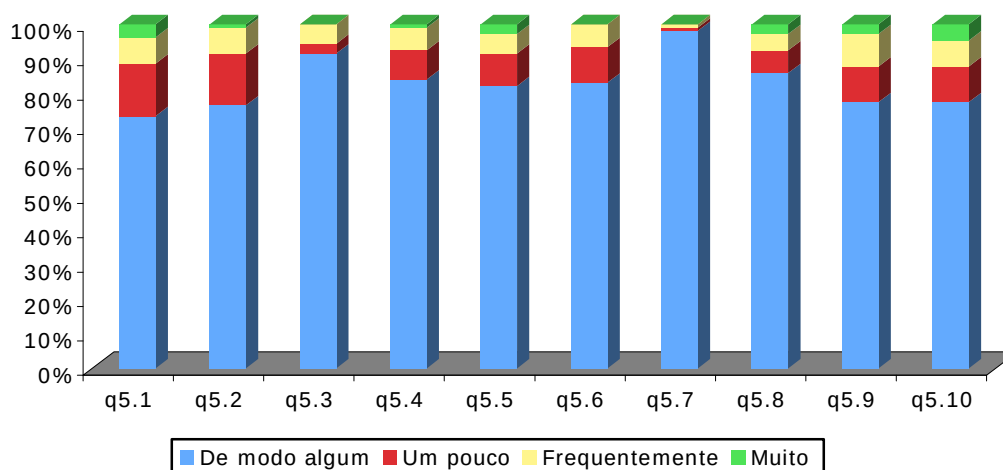
De forma a melhor evidenciar os valores relativos aos doentes ostomizados e não ostomizados, foi efectuada a análise das questões separadamente, onde se constatou que os doentes ostomizados apresentam um grau bastante mais elevado de insatisfação (gráfico 2.31), quando comparados com os doentes não-ostomizados (gráfico 2.32).

Gráfico 2.31. Respostas correspondentes às questões constituintes da Escala de Imagem Corporal relativas ao doente ostomizado



Conforme se pode observar através do gráfico 2.32, os doentes não ostomizados não apresentam alterações da sua imagem corporal em consequência da cirurgia necessária à remoção do tumor, desde que esta não implique a formação de uma ostomia. Este facto significa que a cicatriz provocada pela cirurgia não altera, só por si, a imagem corporal do doente.

Gráfico 2.32. Respostas correspondentes às questões constituintes da Escala de Imagem Corporal relativas ao doente não-ostomizado



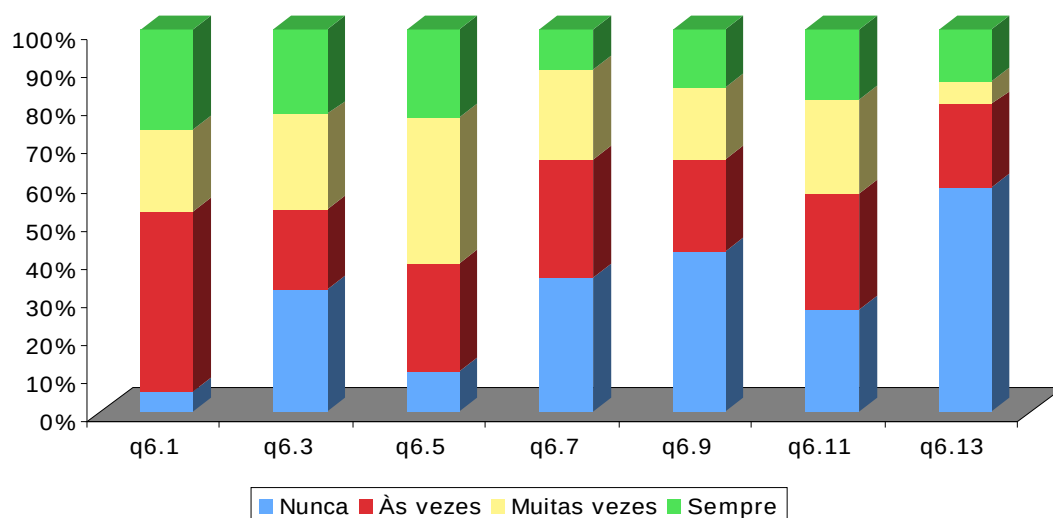
3.2.5. MORBILIDADE PSICOLÓGICA

Para avaliar a morbilidade psicológica dos doentes com cancro colorectal foi utilizada a Escala de Avaliação da Ansiedade e Depressão Hospitalar *The Hospital Anxiety and Depression Scale* (Zigmond & Snaith, 1983).

Como forma de facilitar a leitura dos valores observados no instrumento salienta-se que, para ambas as sub-escalas, os valores mínimos e máximos oscilaram entre 0 (zero) e 21.

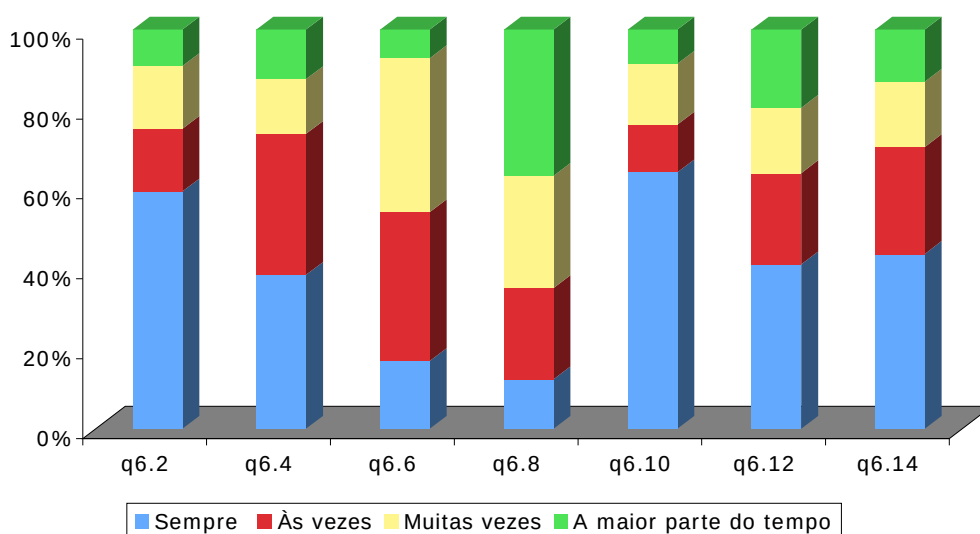
Tendo em conta que o valor “3” corresponde a maiores níveis de ansiedade, pôde constatar-se, através do gráfico 2.33, que a maioria dos doentes apresentou níveis de ansiedade fracos a moderados. Contudo, um pequeno grupo de doentes apresentou valores mais elevados.

Gráfico 2.33. Respostas correspondentes às questões constituintes do HADS – Ansiedade



No que concerne à sub-escala depressão e com base na análise das questões em estudo, demonstradas no gráfico 2.34, verificou-se que a maioria dos doentes com CCR apresentou baixos níveis de depressão, sendo estes valores mais significativos para a questão 8 (Sinto-me lento(a) ou vagaroso(a)), facto que pode também estar relacionado com a média de idades apresentada pelos doentes.

Gráfico 2.34. Respostas correspondentes às questões constituintes do HADS – Depressão



Relativamente à estatística descritiva, observou-se, para a sub-escala *Ansiedade*, uma média de 9,05 e um desvio padrão de 5,8; e para a sub-escala *Depressão*, uma média de 7,8 e um desvio padrão de 5,5.

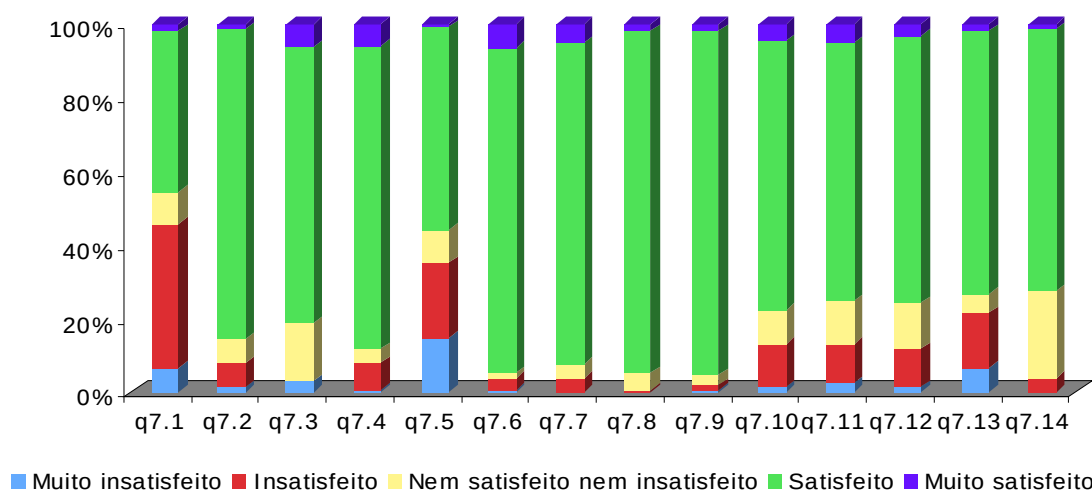
Da sua observação constatou-se que os doentes com cancro colorectal apresentam baixos níveis de ansiedade e depressão, sendo os níveis de ansiedade ligeiramente mais elevados que os níveis de depressão, conforme se pode constatar através da leitura das médias apresentadas.

3.2.6. SATISFAÇÃO DOS UTENTES

Para avaliar a satisfação dos utentes, relativa aos cuidados recebidos durante o internamento, foi aplicado o questionário de avaliação da satisfação do utente. Da análise dos resultados obtidos verificou-se que a grande maioria dos doentes se encontram satisfeitos com os cuidados recebidos. Contudo, há a salientar alguns aspectos relativamente aos quais os doentes apresentam maior insatisfação, sendo eles, entre outros, a necessidade de pagamento de taxas moderadoras e a ausência quase completa de preocupação, por parte dos profissionais de saúde, no que concerne à família dos doentes e à sua situação de vida.

Assim, e através da análise do gráfico 2.35, pôde observar-se que a maioria dos doentes se encontram satisfeitos com a assistência hospitalar recebida, no que respeita à dimensão *Acessibilidade*. No entanto, verificou-se uma maior insatisfação dos doentes nas questões 1 (O tempo de espera no Hospital para ser atendido pelo médico deixa-me ...) e 5 (O acesso ao serviço de cuidados médicos de urgência no Hospital deixa-me ...).

Gráfico 2.35. Respostas correspondentes à Dimensão *Acessibilidade* do QUASU

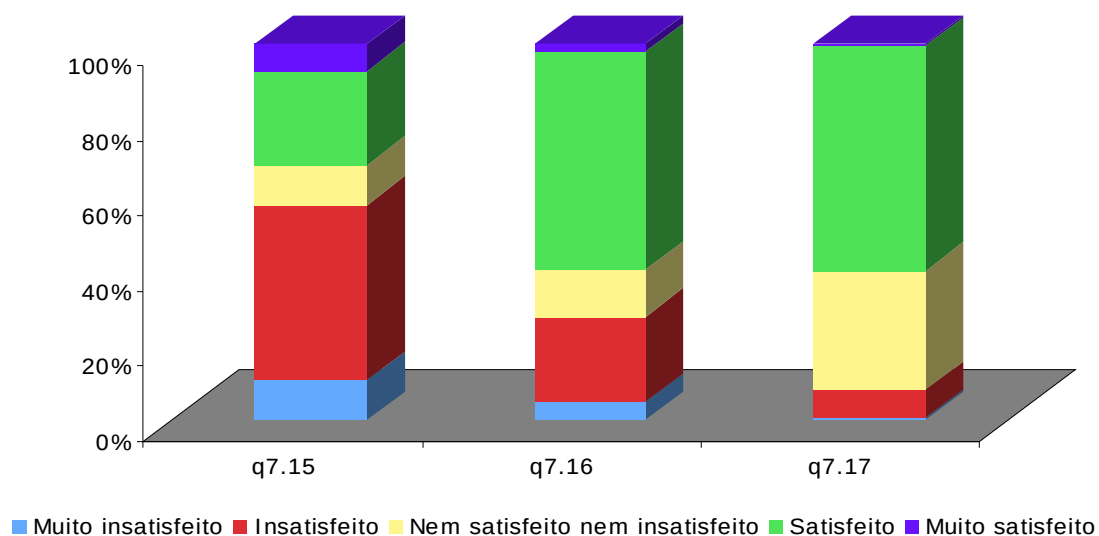


Após análise do gráfico 2.36 verificou-se, em conformidade com o gráfico anterior, que os doentes se encontram, em grande percentagem, satisfeitos com a assistência recebida em meio hospitalar, no que concerne à dimensão *Despesas*. De salientar, no entanto, a questão 15, relativa ao pagamento da taxa moderadora, na qual os doentes apresentaram um maior índice de insatisfação. Efectivamente sendo portadores de um CCR estão, por lei, isentos do seu pagamento embora, muitas vezes não estejam informados de tal facto.

Também a questão 16, relativa ao preço dos medicamentos, evidencia alguma insatisfação por parte dos doentes com cancro colorectal.

A questão 17, relacionada com o preço dos medicamentos que o médico receita, apresenta baixos níveis de insatisfação.

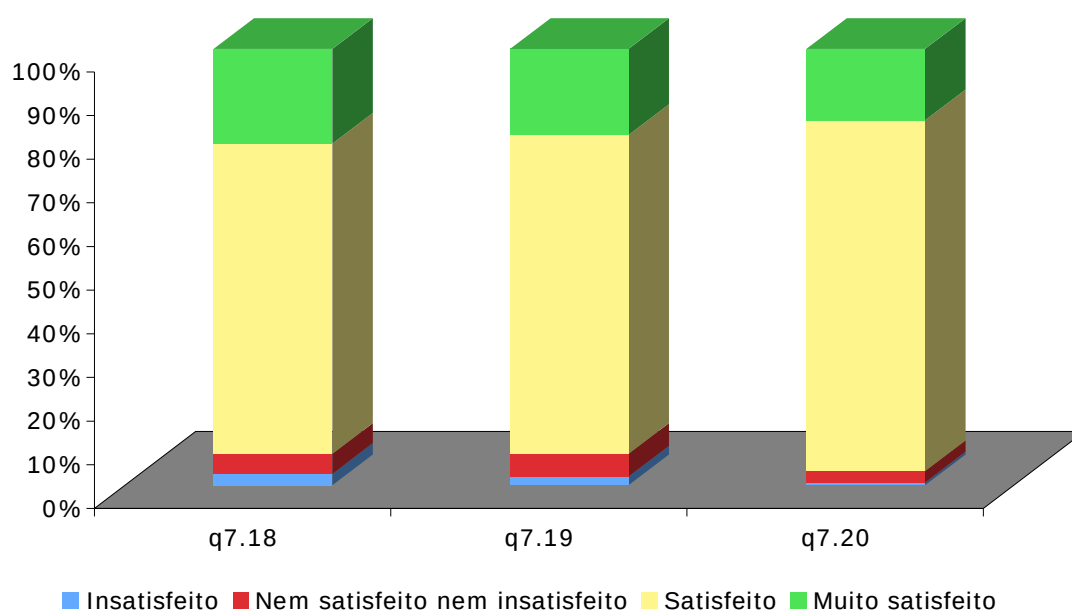
Gráfico 2.36. Respostas correspondentes à dimensão *Despesas* do QUASU



De igual modo, o gráfico 2.37 evidenciou, por parte da grande maioria dos doentes, um elevado nível de satisfação com o atendimento hospitalar recebido, relativamente à *Qualidade Técnica* dos profissionais de saúde.

Nesta dimensão verificou-se uma maior percentagem de doentes que se encontram muito satisfeitos, com um valor aproximado de 30%, quando comparados com as respostas obtidas nas outras dimensões em estudo.

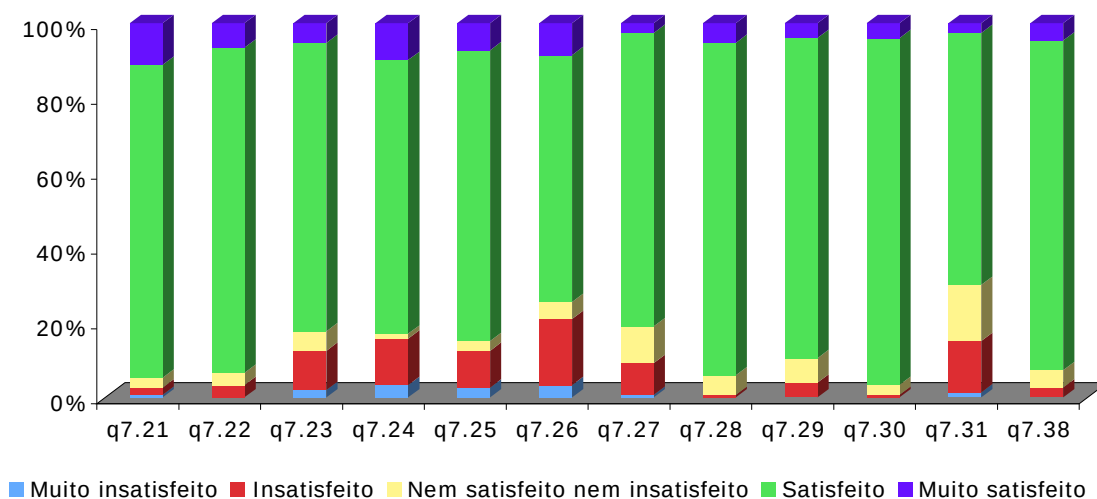
Gráfico 2.37. Respostas correspondentes à dimensão *Qualidade Técnica* do QUASU



Relativamente à dimensão *Comunicação/Informação*, e conforme consta no gráfico 2.38, verificou-se que a maioria dos doentes se encontram satisfeitos com a qualidade e quantidade de informação recebida, bem como com a comunicação com os profissionais de saúde. Existe, no entanto, alguma insatisfação por parte de um pequeno grupo de doentes no que se refere às questões 23, 24, 25 e 26. Estas questões estão relacionadas com o ensino de hábitos de vida saudável efectuado pelo médico e pelo enfermeiro.

Apesar desta insatisfação não ser significativa, convém que os profissionais de saúde façam um esforço no sentido de valorizarem mais a educação para a saúde no seu desempenho diário, tendo em conta a sua importância na manutenção de saúde das populações em geral. Relativamente aos doentes com cancro colorectal, a educação para a saúde é fundamental para proporcionar aos doentes e família uma melhor adaptação à situação de doença e, por conseguinte, uma melhor qualidade de vida.

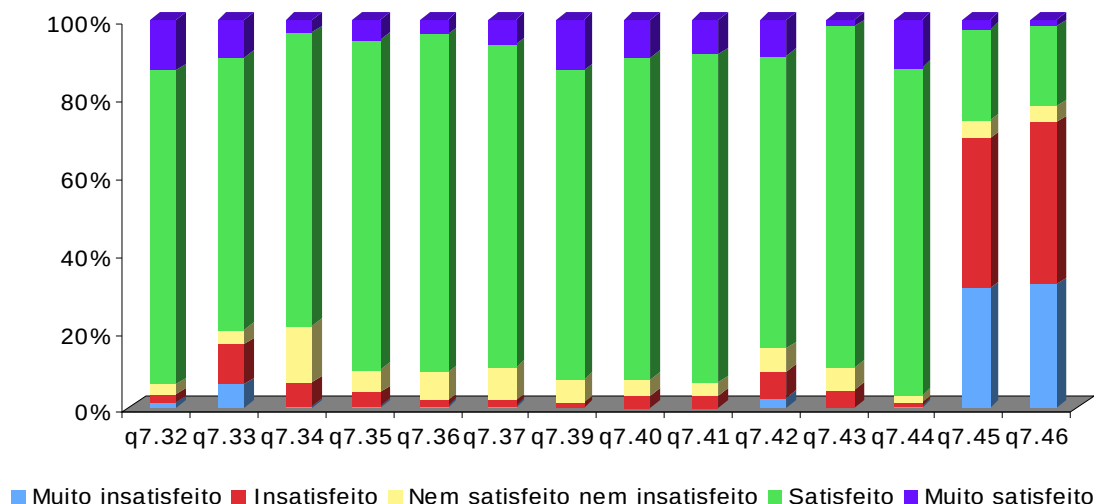
Gráfico 2.38. Respostas correspondentes à dimensão *Comunicação/Informação* do QUASU



Após análise efectuada ao gráfico 2.39, relacionado com a dimensão *Relações Interpessoais*, verificou-se que apesar de a maioria dos doentes se encontrar satisfeito com o atendimento recebido, esta satisfação baixa consideravelmente no que concerne às questões 45 e 46, as quais estão

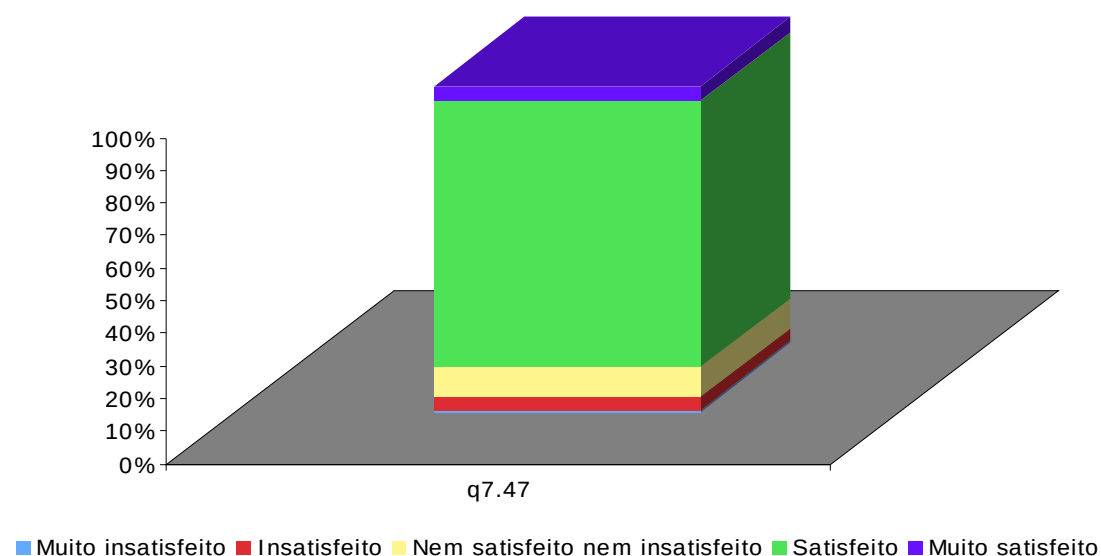
relacionadas com *A frequência com que o médico/enfermeiro me pergunta acerca da minha família ou situação de vida.*

Gráfico 2.39. Respostas correspondentes à dimensão Relações Interpessoais do QUASU



Através do gráfico 2.40, relacionado com a dimensão *Coordenação de Equipas*, verificou-se que a grande maioria dos doentes se encontra satisfeito com o atendimento recebido, no que se refere à coordenação de Equipas, ou seja, em relação à existência de uma boa articulação entre os profissionais dos vários departamentos.

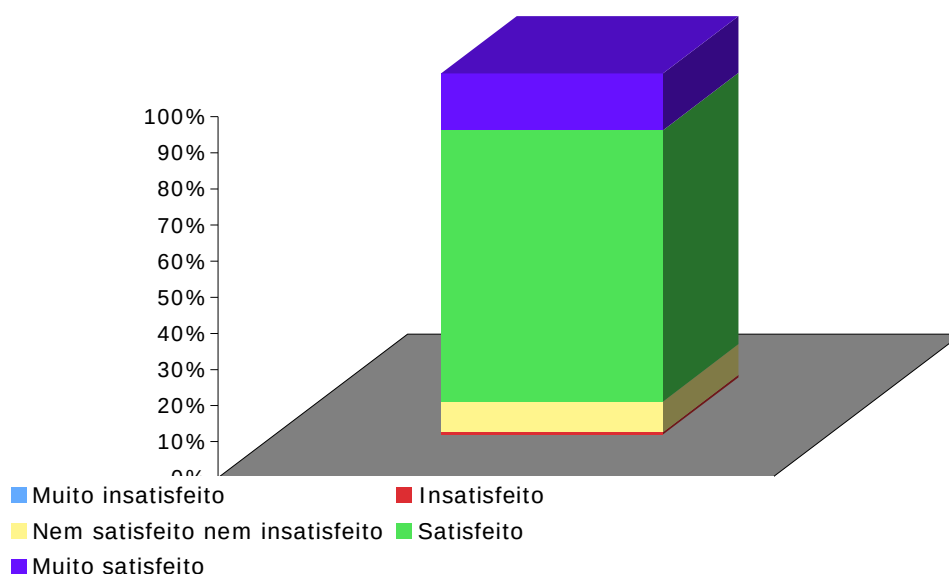
Gráfico 2.40. Respostas correspondentes à dimensão Coordenação de Equipas do QUASU



Os resultados observados através do gráfico 2.41, relacionado com a dimensão *Avaliação Global*, mantêm-se em consonância com os resultados observados anteriormente, verificando-se que a grande maioria dos doentes se encontra satisfeito com o atendimento recebido, no que se refere à Avaliação Global relativa à sua satisfação com os cuidados de saúde recebidos.

A análise dos resultados encontrados pôs em relevo a opinião que os doentes têm dos cuidados prestados, sentindo-se apenas uma necessidade de melhoria nas áreas relacionadas com a comunicação e a informação, como forma de promovermos a adesão terapêutica dos doentes ao tratamento, através de um conjunto de informações pertinentes e adequadas à sua recuperação e melhoria dos estilos de vida praticados.

Gráfico 2.41. Respostas correspondentes à dimensão Avaliação Global do QUASU



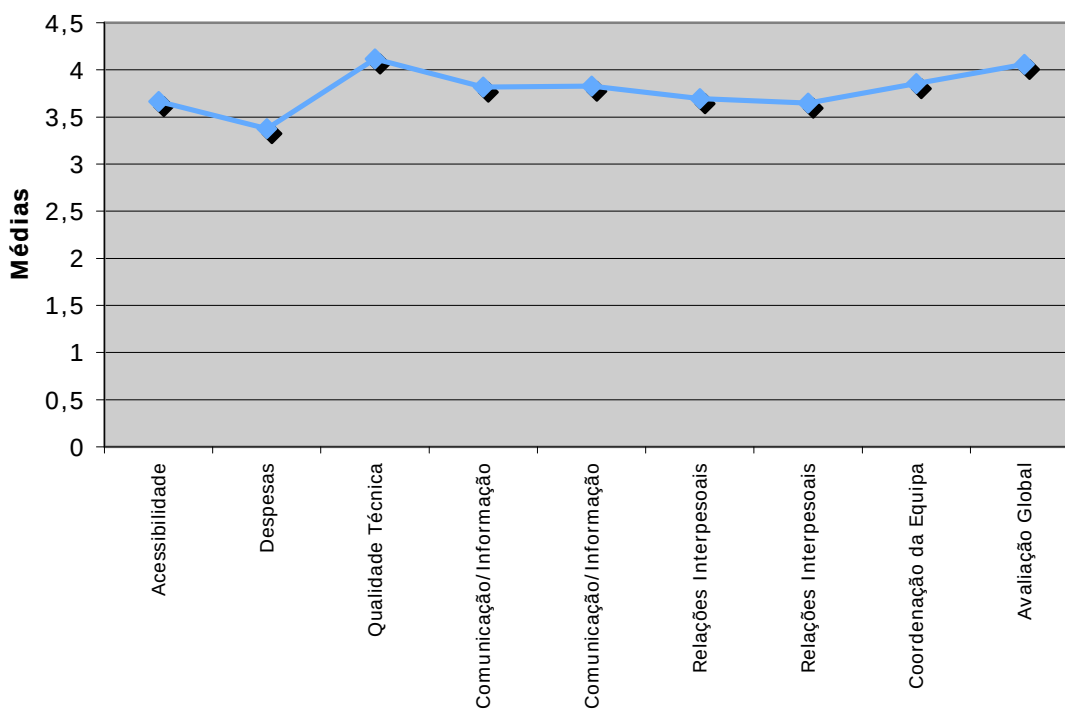
Da análise do quadro 2.48 verificou-se que, em todas as dimensões do instrumento utilizado, a média se aproximou do valor máximo encontrado, o que indica um elevado índice de satisfação dos doentes face ao atendimento hospitalar recebido.

Quadro 2.48. Estatística descritiva do QUASU

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Acessibilidade	145	2,42	4,90	3,6665	0,38952
Despesas	145	1,00	5,00	3,3761	0,78162
Qualidade Técnica	145	2,33	5,00	4,1176	0,45478
Comunicação/ Informação	145	2,75	5,00	3,8284	0,39138
Relações Interpessoais	145	2,46	5,00	3,6487	0,38936
Coordenação da Equipa	145	1,00	5,00	3,8553	0,58011
Avaliação Global	145	2,00	5,00	4,0588	0,51600
N	145				

Após analisar o gráfico 2.42, correspondente à apresentação do perfil do instrumento, baseado nas médias ponderadas das suas dimensões, confirmou-se a existência de uma elevada satisfação com os cuidados de saúde recebidos, por parte dos doentes constituintes da amostra em estudo.

Gráfico 2.42. Perfil dos valores das médias das dimensões do Questionário de Avaliação da satisfação do Utente



3.3. RESULTADOS DA ANÁLISE DESCRITIVA RELATIVOS AOS CUIDADORES/FAMILIARES

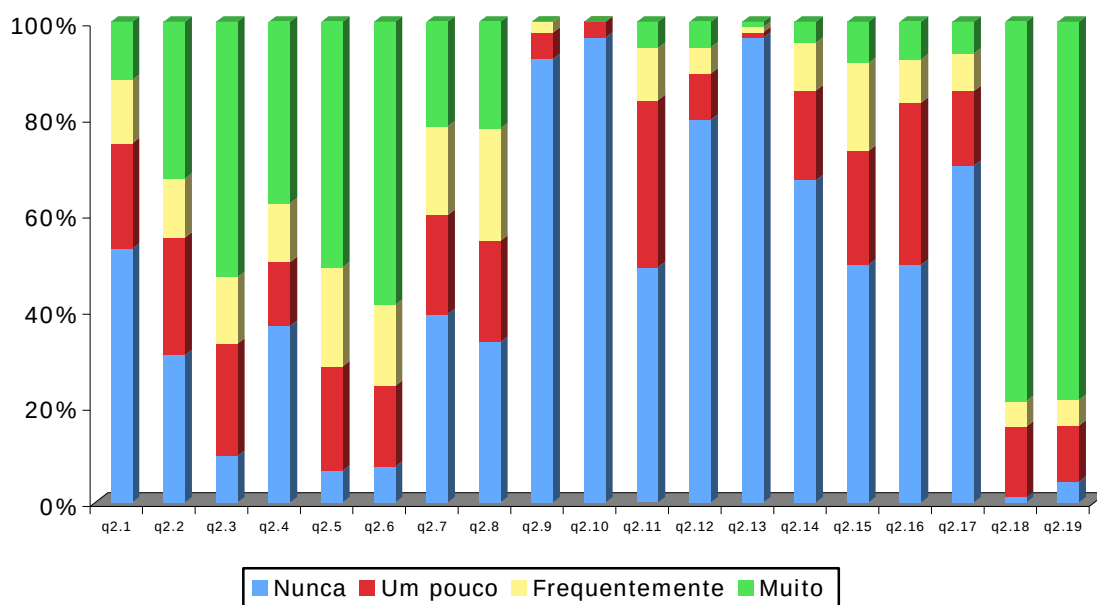
De seguida serão apresentados os dados relativos à análise descritiva efectuada com base nas respostas dadas pelos cuidadores/familiares a cada um dos inquéritos aplicados.

3.3.1. EXAUSTÃO DO CUIDADOR/FAMILIAR

Para avaliar a exaustão dos cuidadores/familiares dos doentes com CCR foi utilizada a Escala de Avaliação de Exaustão Familiar. Para melhor compreensão dos resultados apresentados salienta-se que valores mais elevados correspondem a maior índice de exaustão.

Tendo por base este pressuposto, constatou-se, através da análise efectuada ao gráfico 2.43, que nas questões 3 (Dificuldade de concentração nas suas próprias actividades), 5 (Diminuição do tempo de lazer) e 6 (Alteração da rotina da casa), os cuidadores apresentavam um maior índice de exaustão familiar. Quanto às questões 9 e 10, que se relacionam com conflitos com familiares e vizinhos, respectivamente, os cuidadores apresentam um baixo nível de exaustão.

Pôde ainda concluir-se que os cuidadores/familiares apresentam um elevado índice de exaustão no que respeita à preocupação com a saúde futura do doente e com o estigma da doença, (questões 18 e 19). A questão 11 (Devido à doença colorectal em que medida ficou embaraçado devido ao comportamento do doente?), questão 15 (Em que medida se sentiu encurralado na sua actividade de tomar conta do doente?) e questão 16 (Em que medida ficou chocado acerca do quanto o doente mudou a sua maneira de ser?) evidenciaram uma moderada exaustão por parte dos cuidadores/familiares.

Gráfico 2.43. Respostas correspondentes à Escala de Avaliação de Exaustão

Em termos da estatística descritiva há a salientar que os valores mínimo e máximo oscilaram entre 21 e 66,5, respectivamente, sendo a média 41,3 e o desvio padrão 8,5.

3.3.2. DEPRESSÃO

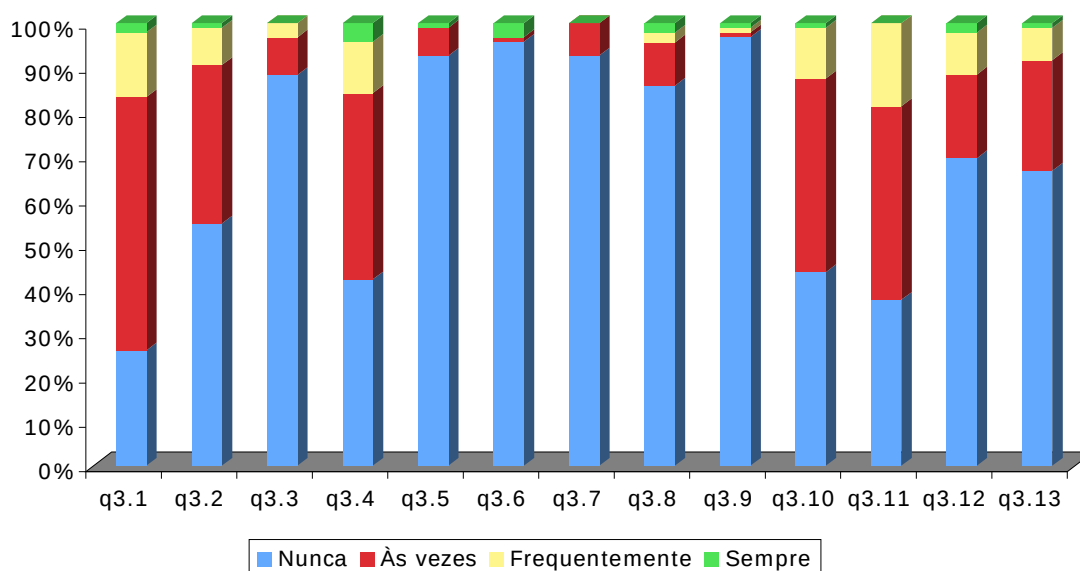
Como forma de avaliar a morbilidade psicológica dos cuidadores/familiares, nomeadamente os seus níveis de depressão, foi utilizado o Inventário Depressivo de Beck.

Relativamente à interpretação dos resultados chama-se a atenção para o facto de, a valores mais elevados corresponderem maiores índices de depressão. De forma a manter a similaridade com o questionário utilizado utilizou-se a mesma identificação das questões. Assim, a questão 1 corresponde à questão A e assim sucessivamente.

Partindo do que anteriormente foi exposto, verificou-se, através do gráfico 2.44, que na sua esmagadora maioria os cuidadores não apresentam sinais indicativos de depressão. Salientam-se a questão A (Não me sinto triste), a questão D (Sinto tanto prazer nas coisas como costumava sentir), a questão J (Não choro mais que de costume) e a questão K (Não me sinto mais irritado que

de costume) que evidenciam a presença de alguma depressão por parte dos cuidadores/familiares.

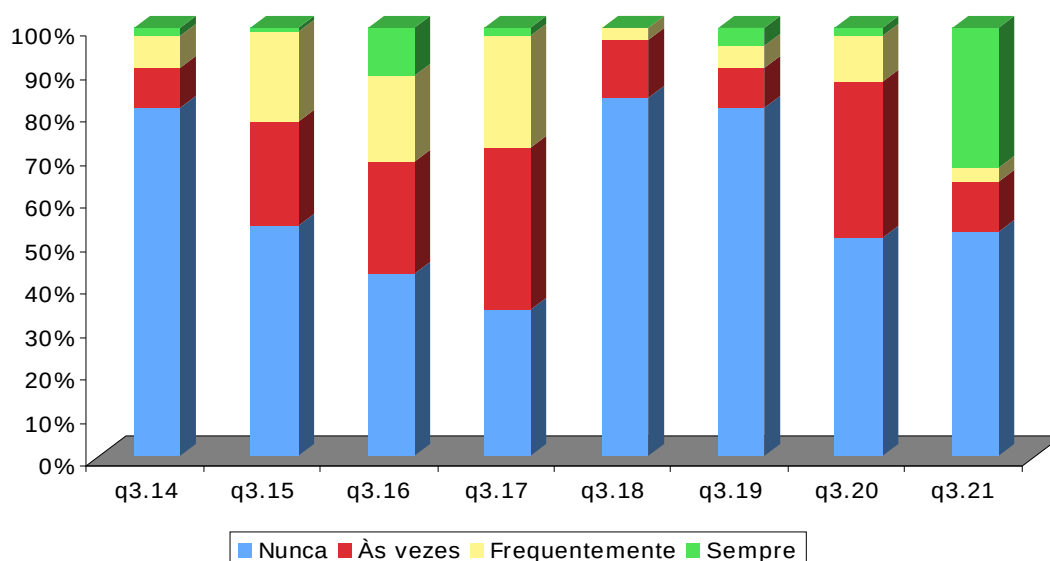
Gráfico 2.44. Respostas correspondentes às questões A a M (Escala Cognitiva) do Inventário Depressivo de Beck



Resultados semelhantes encontram-se quando se examinam os dados do gráfico 2.45. No entanto, a questão U, que está relacionada com o desejo sexual do cuidador, indica que houve uma diminuição do mesmo, facto que pode indiciar aumento do nível de depressão. No entanto esta diminuição do desejo sexual do cuidador/familiar pode ser devida à fadiga ou à alteração da imagem corporal do doente devido à presença de uma ostomia.

A questão O (Sou capaz de trabalhar tão bem como de costume), a questão P (Consigo dormir tão bem como de costume), a questão Q (Não me sinto mais cansado do que de costume) e a questão T (Não estou mais preocupado do que o costume acerca da minha saúde) revelam a presença de alguma depressão apesar de os valores serem pouco significativos.

Gráfico 2.45. Respostas correspondentes às questões N a U (Escala Somática) do Inventário Depressivo de Beck



No que respeita à estatística descritiva, o Inventário Depressivo de Beck apresentou, na sua globalidade, uma média de 10,63 e um desvio padrão de 8,6. Os valores mínimo e máximo encontrados oscilaram entre 0 e 43,05. Quando se analisam as duas sub-escalas do Inventário separadamente, verificou-se que a Escala Cognitiva/Afectiva apresentou uma média de 5,36 e um desvio padrão de 4,72. Os valores mínimo e máximo encontrados oscilaram entre 0 e 24,92, com uma variação entre 0 e 39. Relativamente à Escala Somática/Desempenho a média encontrada foi 5,25 e o desvio padrão 4,51. Os valores variaram entre 0 e 24, sendo o valor mínimo encontrado 0 e o máximo 18.

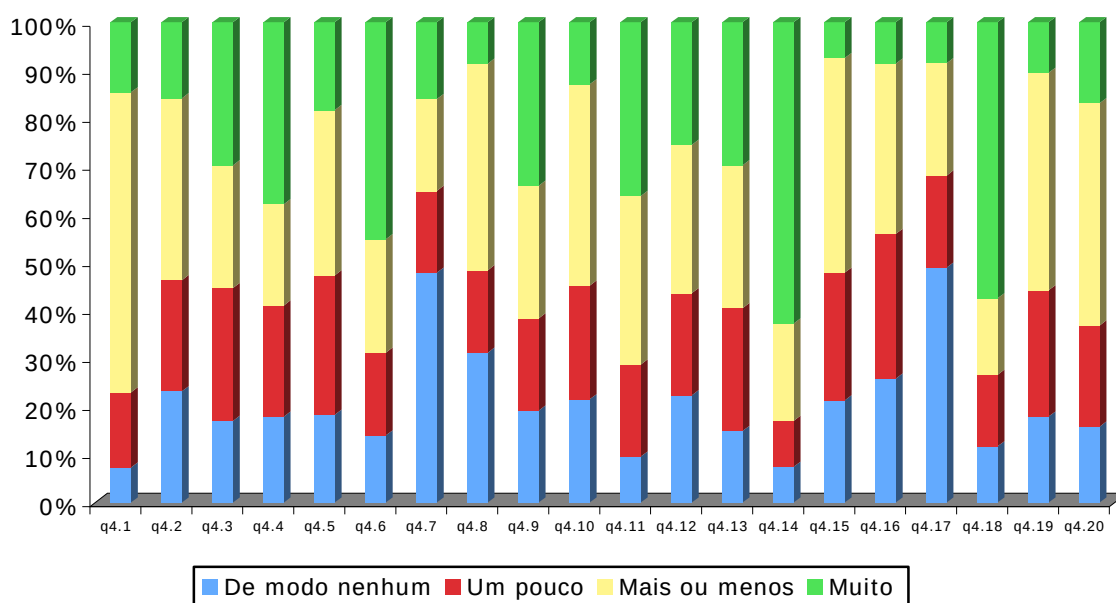
3.3.3. ANSIEDADE ESTADO - TRAÇO

Para avaliar os níveis de ansiedade verificados nos cuidadores/familiares recorreu-se à Escala de Avaliação da Ansiedade Estado-Traço, através da qual foi possível identificar a ansiedade, quer ao nível da ansiedade de estado do grupo em estudo quer ao nível da ansiedade de traço.

Quanto à leitura dos valores apontados pela escala, salienta-se que menores valores correspondem a maiores níveis de ansiedade. Assim, o valor 1 da escala indica a presença de fortes níveis de ansiedade.

Assim, e no que concerne ao gráfico 2.46, relativo à Ansiedade Estado, pôde concluir-se que os cuidadores apresentam na sua grande maioria baixos índices de ansiedade, relativamente às questões em estudo. Salienta-se, no entanto, a questão 7, que está relacionada com a percepção que o cuidador tem relativamente à ocorrência de *coisas más*, que indica um maior nível de ansiedade, e a questão 17, relacionada com o facto do cuidador se encontrar preocupado, na qual se verificam maiores índices de ansiedade ($\pm 45\%$ dos cuidadores escolhe o nível 1). As restantes questões revelam a presença de um nível de ansiedade moderado, com excepção da questão 1 (Sinto-me calmo), questão 6 (Sinto-me irritado), questão 14 (Estou indeciso) e questão 18 (Sinto-me confuso), as quais indicam valores mais baixos de ansiedade.

Gráfico 2.46. Respostas correspondentes à Escala de Avaliação da Ansiedade-Estado

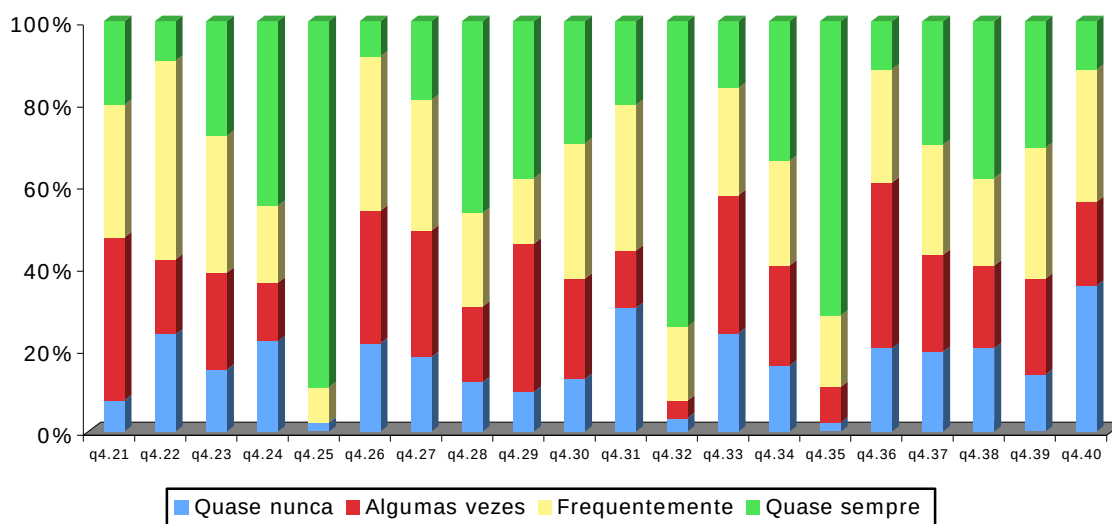


Pela análise do gráfico 2.47 observou-se que os cuidadores apresentam, de modo geral, moderados índices de ansiedade-traço.

Destacam-se as questões 22 (Sinto-me nervoso e inquieto) 31 (Tenho pensamentos que me incomodam) e 40 (Fico tenso ou transtornado quando penso nos meus interesses e preocupações mais recentes), que acarretaram um aumento dos níveis de ansiedade por parte do cuidador.

As questões 25 (Sinto que sou um fracasso), 32 (Tenho falta de confiança em mim próprio) e 35 (Sinto-me incapaz), indicam baixos níveis de ansiedade traço.

Gráfico 2.47. Respostas correspondentes à Escala de Avaliação da Ansiedade-traço



Após análise dos resultados anteriormente apresentados, constatou-se que as questões que mais ansiedade provocam nos cuidadores/familiares são as questões relacionadas com a insegurança face ao futuro próximo do doente. Quando as questões estão directamente relacionadas com o efeito da doença no cuidador/familiar, estas evidenciam baixos níveis de ansiedade, o que pode indicar que a presença da doença não provocou nos cuidadores alterações significativas na sua maneira de ser/estar.

Relativamente à estatística descritiva, a Escala de Avaliação da Ansiedade-estado evidenciou uma média de 27,44 e um desvio padrão de 14,5. Os valores mínimo e máximo oscilaram entre 1 e 60.

Quanto à Escala de Avaliação da Ansiedade-traço, esta apresentou uma média de 24,4 e um desvio padrão de 14,5, sendo que o valor mínimo foi 1 e o máximo 57.

3.4. TESTES DE HIPÓTESES

3.4.1. INTRODUÇÃO

Neste capítulo encontram-se as análises estatísticas efectuadas para testar as hipóteses formuladas no início do estudo, bem como as análises exploratórias.

Para efectuar estas análises estatísticas foi necessário o recurso a vários testes estatísticos. Assim, e para se efectuarem diferenças estatísticas em 2 grupos independentes recorreu-se ao teste T de Student.

Este teste tem por pressuposto de aplicação a aderência das variáveis à distribuição normal nos 2 grupos a comparar, pelo que foi necessário testar a normalidade das distribuições.

Sempre que os grupos apresentavam mais de 50 observações recorreu-se ao Teste de Kolmogorov Smirnov de aderência à normalidade. Em caso contrário utilizou-se o Teste de Shapiro-Wilks, com a correcção de Lilliefors.

Nos casos em que as variáveis não apresentaram distribuição normal num grupo de dimensão superior a 30 optou-se por aplicar o teste paramétrico T de Student, visto este ser robusto a violações da normalidade em amostras grandes ($N > 30$) (Pestana & Gageiro, 2005).

Para grupos de dimensão inferior a 30, em que não se verificou a aderência à normalidade, procedeu-se à análise da simetria da distribuição através do quociente entre o enviesamento e o seu erro padrão.

Sempre que a distribuição se apresentou simétrica, isto é, o valor absoluto do quociente não excedeu 1,96, prosseguiu-se com a aplicação do teste paramétrico T de Student. Não sendo possível aplicar o teste T de Student por violação da normalidade em grupos com dimensão inferior a trinta e apresentando assimetria, recorreu-se ao teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Este teste tem por pressuposto de aplicação a igualdade das formas das distribuições a comparar, isto é, igualdade na simetria, na curtose e na variância.

Como medida de simetria utilizou-se o quociente entre o enviesamento e o seu erro padrão, como foi referido anteriormente.

Para estudar a curtose determinou-se o quociente entre a curtose e o seu erro padrão, considerando-se mesocúrtica uma distribuição em que o valor absoluto de quociente não excede 1,96.

A comparação de variâncias foi efectuada através do teste de Levene.

Para comparar mais de dois grupos de observações recorreu-se a testes de Análise de variância (Anova), que têm como pressuposto de aplicação a homogeneidade de variâncias entre os grupos a comparar (homocedasticidade) e a aderência das variáveis à distribuição normal.

A análise da homocedasticidade foi efectuada através do teste de Levene. Quando este pressuposto não foi cumprido substituiu-se o teste Anova pelo teste de Welch que é robusto a violações da homocedasticidade.

O pressuposto da normalidade foi analisado através de testes de aderência à normalidade, como referido anteriormente, a que se associaram análises de simetria.

Uma vez que o teste Anova é robusto a violações de normalidade para amostras grandes prosseguiu-se com a aplicação do teste quando não existia distribuição normal em grupos com dimensão superior ou igual a trinta.

Não sendo possível aplicar o teste Anova por violação da normalidade em grupos com dimensão inferior a trinta, e nos quais a variável não era simétrica, recorreu-se ao teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

Este teste tem por pressuposto de aplicação a igualdade das formas das distribuições a comparar, isto é, igualdade na simetria, na curtose e na variância.

Como foi referido anteriormente, para estudar a simetria e a curtose determinaram-se os quocientes entre o enviesamento e a curtose e os respectivos erros padrão. A comparação de variâncias efectuou-se através de testes de Levene.

Para estudar a existência de associações lineares entre variáveis quantitativas determinaram-se e analisaram-se Coeficientes de Correlação de Pearson ou, em alternativa, Coeficientes de Correlação de Spearman.

O Coeficiente de Correlação Paramétrico de Pearson tem por pressuposto de aplicação a aderência das variáveis à distribuição normal, pelo que foi necessário efectuar testes de aderência à normalidade.

Sempre que as duas variáveis a relacionar apresentaram distribuição normal utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson, caso contrário recorreu-se à alternativa não paramétrica do Coeficiente de Correlação de Spearman.

Os testes efectuados aos Coeficientes de Correlação indicam a existência ou não de associações lineares entre as variáveis. Em caso afirmativo o grau dessa associação é medido através do valor dos coeficientes.

Relativamente ao presente estudo, e para analisar o grau de significância das correlações efectuadas, consideraram-se os critérios estabelecidos por Cohen e Holliday (1982), os quais defendem que valores até 0.19 significam presença de uma correlação muito fraca, entre 0.20 e 0.39 correlação fraca, entre 0.40 e 0.69 correlação moderada, entre 0.70 e 0.89 correlação forte e entre 0.90 e 1 correlação muito forte.

Sempre que o valor encontrado for positivo indica que a relação entre as variáveis é positiva, isto é, a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido. Quando o valor encontrado é negativo a variação ocorre em sentido contrário.

No que concerne às variáveis em que se verificaram resultados estatisticamente significativos em termos de associação linear, foram efectuadas Análises de Regressão Linear Múltipla (Método Enter), com o objectivo de poder verificar a contribuição de cada variável independente para a relação com a variável dependente.

A utilização do modelo de regressão linear múltipla necessita da verificação de alguns pressupostos:

O primeiro pressuposto a verificar é o da linearidade dos fenómenos em estudo, o que é inicialmente assumido ao considerar-se como variáveis explicativas aquelas que apresentam associações lineares significativas com as variáveis dependentes.

Por outro lado, há que garantir que as variáveis residuais não estão correlacionadas entre si, o que é confirmado através de testes de Durbin-Watson. Este pressuposto verifica-se sempre que o resultado do teste de Durbin-Watson se aproxima de 2.

Para além disso, as variáveis residuais devem apresentar uma distribuição normal, o que é analisado através de testes de aderência à normalidade (Kolmogorov-Smirnov ou Shapiro-Wilk, consoante a dimensão das amostras), aplicados aos resíduos observados. Estes resíduos não são mais do que a diferença entre os valores observados e os valores estimados pelo modelo para a variável dependente.

Por fim, é necessário garantir a independência das variáveis explicativas, ou seja, a inexistência de multicolinearidade. Este pressuposto foi analisado

através da análise da tolerância (que deve ser no mínimo igual a 0,1), do valor de VIF (*Variance Inflation Factor*) (que deve ser no máximo igual a 10) e do valor do *condition index* (que deve ser no máximo igual a 15 ou, pelo menos, inferior a 30).

3.4.2. RESULTADOS DOS TESTES DE HIPÓTESES

HIPÓTESE 1

Prevê-se que os doentes ostomizados apresentem pior qualidade de vida, maior insatisfação em relação à sua imagem corporal, satisfação marital e satisfação sexual, maiores níveis de ansiedade e depressão e diferenças quanto à satisfação perante os cuidados de saúde recebidos quando comparados com os doentes não ostomizados.

Para estudar esta hipótese, e após verificação dos pressupostos de normalidade, foi utilizado um teste T para amostras independentes, no qual se pretenderam estudar os resultados em termos de diferenças.

Salienta-se que apenas se apresentam os resultados estatisticamente significativos, não tendo sido encontradas diferenças para as restantes variáveis.

É possível observar-se, pelo Quadro 2.49, que os doentes ostomizados apresentam pior qualidade de vida quando comparados com os doentes não ostomizados, num elevado número de variáveis, tendo em conta a comparação das suas médias.

Analisando de forma mais específica a diferença existente entre a qualidade de vida dos dois grupos em estudo, pode referir-se que os doentes ostomizados apresentam pior qualidade de vida, traduzida por menos 10% do índice de qualidade de vida global para os doentes ostomizados, e sendo os resultados estatisticamente significativos ($p=0,000$).

No que concerne ao desempenho sexual, dimensão relativa à qualidade de vida, pode, de igual modo, constatar-se que os doentes ostomizados apresentam uma diminuição do seu desempenho sexual, quando comparados com os doentes não ostomizados, traduzido por menos 15%, aproximadamente, para os doentes ostomizados. Esta diferença apresenta valores estatisticamente significativos, sendo o $p=0,005$.

Os doentes ostomizados têm ainda uma maior insatisfação com a sua imagem corporal (BIS), de forma muito mais significativa do que os não ostomizados, (20 para 3 na escala que varia de 0-30 em que 30 representa maior insatisfação com a sua imagem corporal). Esta diferença é estatisticamente significativa ($p=0,000$).

No que concerne à ansiedade e depressão (HADS) verificaram-se diferenças estatisticamente significativas para os dois grupos de doentes em estudo, sendo os valores de p para a Ansiedade ($p=0,05$) pouco significativo e para a Depressão ($p=0,003$). A análise dos valores das médias encontradas no que respeita à Depressão, evidencia o facto de os doentes ostomizados apresentarem maiores índices de depressão, que se traduzem em mais 3 pontos percentuais, que os doentes não ostomizados.

Quadro 2.49. Resultados significativos relativos a Qualidade de Vida, Imagem Corporal e Morbilidade Psicológica

Instru- mentos	Variáveis	Doente Ostomizado $\bar{X}$ e D.P.	Doente Não- Ostomizado $\bar{X}$ e D.P.	t	p
EORTC QLQ – CR30 E QLQ – CR38 Qualidade de vida	Físico (F)	61,11(±19,369)	70,78(±23,069)	-2,669	0,009
	Tarefas (F)	19,57(±129,461)	45,95(±38,502)	-4,612	0,000
	Emocional (F)	34,06(±29,596)	46,65(±33,566)	-2,202	0,029
	Social (F)	27,90(±34,257)	43,93(±32,408)	-2,757	0,007
	Fadiga (F)	49,52(±26,600)	38,94(±30,918)	-2,020	0,045
	Diarreia (S)	35,51(±35,418)	23,68(±32,379)	2,014	0,046
	Saúde em Geral (F)	57,25(±15,175)	67,60(±14,629)	-3,970	0,000
	Q.V. Global (F)	55,80(±14,150)	66,67(±15,861)	-4,011	0,000
	Imagem Corporal (F)	26,09(±32,812)	89,51(±20,693)	-12,115	0,000
	Perspectiva Futura (F)	7,25(±19,768)	17,76(±33,118)	-2,428	0,017
	Desempenho Sexual (F)	16,29(±25,029)	30,67(±33,728)	-2,841	0,005
	Problemas Sexuais Masc. (S)	69,89(±33,172)	50,98(±40,711)	2,265	0,026
BIS	Imagem Corporal (BIS)	20,24(±8,888)	2,71(±4,821)	12,598	0,000
HADS	Ansiedade	10,43(±5,943)	8,45(±5,599)	1,975	0,050
	Depressão	9,80(±5,879)	6,93(±5,085)	3,052	0,003

Como, por hipótese se previa que as diferenças entre doentes ostomizados e não-ostomizados existissem para todas as variáveis estudadas e, após aplicação dos testes, se verificou que aquelas diferenças só são significativas para algumas dimensões, é importante referir que a hipótese 1 foi apenas parcialmente provada, não havendo evidência estatística da existência de qualquer distinção entre os dois grupos de doentes relativamente às restantes variáveis constituintes do Questionário da Qualidade de Vida, nomeadamente as variáveis *Cognitivo, Dor, Náuseas/Vómitos, Dispneia, Insónia, Perda de Apetite, Prisão de Ventre, Dificuldades Financeiras*, relativas ao EORTC QLQ-CR30. E as variáveis *Prazer Sexual, Efeitos Secundários da Quimioterapia, Problemas Sexuais Femininos e Perda de Peso*, correspondentes ao EORTC QLQ-CR38. As variáveis *Satisfação Sexual e Satisfação Marital* também não apresentaram diferenças estatisticamente significativas nos grupos em estudo.

As variáveis relativas ao Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente não apresentaram, de igual modo, resultados estatisticamente significativos. Estes resultados mostram que não existem diferenças significativas ao nível da satisfação dos doentes face aos cuidados recebidos, durante o internamento hospitalar.

HIPÓTESE 2

Prevê-se que exista uma relação positiva entre a imagem corporal, satisfação sexual, satisfação marital, satisfação face aos cuidados de saúde recebidos e qualidade de vida e uma relação negativa entre a depressão, a ansiedade e a qualidade de vida, nos doentes com cancro colorectal.

Para testar esta hipótese e, numa primeira fase, foram efectuados Coeficientes de Correlação de Pearson e Spearman, seleccionados consoante os resultados dos testes de aderência à normalidade encontrados.

Foram ainda efectuadas análises de Regressão Linear Múltipla, como forma de melhor compreender o impacto de cada uma das variáveis em estudo na qualidade de vida dos doentes com cancro colorectal.

Os quadros abaixo representados evidenciam apenas os resultados estatisticamente significativos, devido ao elevado número de variáveis em estudo, facto que tornava demasiado extensa a sua apresentação. Deste modo foram excluídas as variáveis que não apresentaram relações estatisticamente significativas com nenhuma das outras.

Após análise dos quadros 2.50 e 2.51, verificou-se que existe um elevado número de relações estatisticamente significativas entre a maioria das variáveis em estudo.

Contudo, as variáveis que se correlacionam com um maior número de dimensões são a *Ansiedade* e a *Depressão*.

Ao analisar os resultados obtidos e confrontando os valores relativos a ostomizados e não ostomizados, pôde constatar-se que no que concerne aos doentes ostomizados a variável *Imagem Corporal* se relaciona de forma positiva, com as dimensões *Problemas relacionados com o estoma*, a *Ansiedade* e *Depressão*. Relativamente aos doentes não ostomizados, a dimensão *Imagem Corporal* não apresenta relações estatisticamente significativas.

É de salientar que quanto maior a insatisfação com a sua imagem corporal, mais problemas e maiores níveis de ansiedade e depressão os doentes ostomizados apresentam.

Olhando ainda para os resultados relativos aos doentes não ostomizados, verifica-se que as variáveis *Saúde em geral* e *Qualidade de vida global* estão relacionadas com as dimensões relativas à funcionalidade e sintomatologia.

No que concerne à relação existente entre a *Ansiedade* e a *Depressão* e as outras variáveis, salienta-se que a pior funcionalidade e maior severidade de sintomas correspondem a maiores níveis de ansiedade e depressão, o que é traduzido por relações negativas com as dimensões relativas à funcionalidade e relações positivas com as dimensões relativas aos sintomas. Também a uma maior *Insatisfação Marital* (não-ostomizados) e pior *Imagem Corporal* (ostomizados) estão associados maiores níveis de *Ansiedade* e *Depressão*, o que é indicado pelas associações positivas entre aquelas variáveis.

Pelos resultados expostos conclui-se que o impacto do cancro colorectal afecta de forma bastante significativa a morbilidade psicológica dos doentes.

Quadro 2.50. Resultados significativos, dos Coeficientes de Correlação de Spearman, nas dimensões da qualidade de vida e variáveis imagem corporal, satisfação sexual, satisfação marital, morbilidade psicológica e satisfação do utente nos **Doentes Ostomizados**

VARIÁVEIS		COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO				
		Índice Satisfação Marital	Índice Satisfação Sexual	Escala Imagem Corporal	Ansiedade	Depressão
QUALIDADE DE VIDA	Físico					$r=-0,443$ $p=0,002$
	Tarefas			$r_s=-0,531$ $p=0,000$	$r_s=-0,391$ $p=0,007$	$r_s=-0,405$ $p=0,005$
	Emocional					$r_s=-0,364$ $p=0,013$
	Cognitivo				$r_s=-0,402$ $p=0,006$	$r_s=-0,418$ $p=0,004$
	Social			$r_s=-0,452$ $p=0,002$	$r_s=-0,319$ $p=0,031$	$r_s=-0,376$ $p=0,010$
	Fadiga				$r_s=0,445$ $p=0,002$	$r_s=0,436$ $p=0,002$
	Dispneia				$r_s=0,401$ $p=0,006$	
	Saúde em geral				$r_s=-0,391$ $p=0,007$	$r_s=-0,435$ $p=0,003$
	Qualidade de vida global	$r_s=-0,442$ $p=0,009$			$r_s=-0,453$ $p=0,002$	$r_s=-0,545$ $p=0,000$
	Imagem corporal				$r_s=-0,394$ $p=0,000$	
	Prazer sexual	$r_s=-0,690$ $p=0,000$				
	Prob. rel. Estoma			$r_s=0,773$ $p=0,000$	$r_s=0,431$ $p=0,003$	$r_s=0,514$ $p=0,000$
Índice Satisfação Marital			$r_s=0,868$ $p=0,000$			
Escala de Imagem Corporal (BIS)					$r_s=0,491$ $p=0,001$	$r_s=0,555$ $p=0,000$
Ansiedade (HADS)						$r_s=0,804$ $p=0,000$

Quadro 2.51. Resultados significativos, dos Coeficientes de Correlação de Spearman nas dimensões da qualidade de vida e variáveis imagem corporal, satisfação sexual, satisfação marital, morbilidade psicológica e satisfação do utente nos **Doentes não Ostomizados**

VARIÁVEIS		COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO				
		Saúde em geral	Qualidade Vida Global	Índice Satisfação Sexual	Ansiedade	Depressão
QUALIDADE DE VIDA	Físico	$r_s=0,622$ $p=0,000$	$r_s=0,649$ $p=0,000$		$r_s=-0,324$ $p=0,001$	$r_s=-0,479$ $p=0,000$
	Tarefas	$r_s=0,544$ $p=0,001$	$r_s=0,554$ $p=0,000$		$r_s=-0,307$ $p=0,001$	$r_s=-0,333$ $p=0,000$
	Emocional	$r_s=0,512$ $p=0,000$	$r_s=0,548$ $p=0,000$		$r_s=-0,532$ $p=0,000$	$r_s=-0,496$ $p=0,000$
	Cognitivo				$r_s=-0,317$ $p=0,001$	$r_s=-0,423$ $p=0,000$
	Social	$r_s=0,476$ $p=0,000$	$r_s=0,573$ $p=0,000$		$r_s=-0,330$ $p=0,001$	$r_s=-0,371$ $p=0,000$
	Fadiga	$r_s=-0,697$ $p=0,000$	$r_s=-0,644$ $p=0,000$		$r_s=0,349$ $p=0,000$	$r_s=0,482$ $p=0,000$
	Dor	$r_s=-0,355$ $p=0,000$	$r_s=-0,345$ $p=0,000$		$r_s=0,287$ $p=0,003$	$r_s=-0,346$ $p=0,000$
	Insónia	$r_s=-0,378$ $p=0,000$	$r_s=-0,316$ $p=0,001$		$r_s=0,337$ $p=0,000$	$r_s=0,271$ $p=0,005$
	Dificuldades Financeiras	$r_s=-0,273$ $p=0,005$	$r_s=-0,352$ $p=0,000$		$r_s=0,287$ $p=0,003$	
	Saúde em geral		$r_s=0,872$ $p=0,000$		$r_s=-0,404$ $p=0,000$	$r_s=-0,501$ $p=0,000$
	Qualidade de vida global				$r_s=-0,489$ $p=0,000$	$r_s=-0,535$ $p=0,000$
	Perspectiva Futura				$r_s=-0,517$ $p=0,000$	$r_s=-0,449$ $p=0,000$
	Desempenho sexual			$r_s=-0,449$ $p=0,002$		$r_s=-0,387$ $p=0,000$
	Prazer sexual			$r_s=-0,549$ $p=0,000$		
Índice Satisfação Marital				$r_s=0,525$ $p=0,000$	$r_s=0,316$ $p=0,005$	$r_s=0,324$ $p=0,004$
Ansiedade						$r_s=0,720$ $p=0,000$

Tal como se pôde observar, a hipótese 2 foi parcialmente comprovada, visto que apenas se verificaram relações estatisticamente significativas nas variáveis apresentadas. Não se verificaram relações estatisticamente significativas entre as variáveis relativas ao Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente e as restantes variáveis em estudo.

Destes resultados depreende-se que tendo em conta que, tal como vimos anteriormente através da apresentação da estatística descritiva do QUASU, a grande maioria dos doentes se encontrava bastante satisfeito com os cuidados recebidos durante o internamento hospitalar, a variável satisfação do utente não exerceu influência estatisticamente significativa na qualidade de vida dos doentes com cancro colorectal.

Análise de Regressão Múltipla

Para completar o estudo das hipóteses 1 e 2 foi também efectuada uma Regressão Linear Múltipla (Método Enter), utilizando como variáveis dependentes as dimensões *Qualidade de vida Emocional* e *Qualidade de vida Física*, relativa aos doentes e *Exaustão*, relativamente aos cuidadores/familiares. Estas variáveis foram escolhidas porque se correlacionavam fortemente com duas ou mais variáveis ($p < 0,001$) e cuja constituição abarcava quatro ou mais itens.

Conforme referido anteriormente, as variáveis relativas à satisfação do Utente não foram incluídas no modelo apresentado por não terem apresentado resultados estatisticamente significativos.

Foram introduzidas no bloco 1 as variáveis *Sexo*, *Idade* e *Tempo de Diagnóstico*. No bloco 2 a variável *Tipo de Doente* (ostomizado ou não ostomizado), no bloco 3 as variáveis correspondentes às escalas da *Ansiedade* e da *Depressão*, *Índice De Satisfação Marital* e *Escala de Imagem Corporal*, no bloco 4 as variáveis referentes ao cuidador/familiar (*Exaustão*, *Ansiedade Estado*, *Ansiedade Traço* e *Depressão*). No bloco 5 incluíram-se as interacções entre o tipo de doente e as variáveis consideradas preditoras (Interacção 55=*Tipo de doente* x *Ansiedade*; Int.56=*Tipo de doente* x *Depressão*; 57=*Tipo de doente* x *Índice Satisfação Marital*; Int.58=*Tipo de doente* x *Imagem corporal*; Int.59=*Tipo de*

doente x Exaustão; Int.60=Tipo de doente x Ansiedade Estado; Int.61=Tipo de doente x Ansiedade Traço; Int.62=Tipo de doente x Depressão do Cuidador/Familiar).

a) Ansiedade, Depressão, Satisfação Marital, Imagem Corporal, Exaustão dos cuidadores/Familiares, Ansiedade Estado-Traço e Depressão dos Cuidadores/Familiares, como preditoras da Qualidade de Vida Emocional dos Doentes

Analisando o Quadro 2.52, constatou-se que as variáveis psicológicas que apresentam maior poder explicativo sobre a *Qualidade de Vida Emocional* do doente são o Tipo de Doente (ser ou não ostomizado), a *Ansiedade*, a *Depressão* e a *Exaustão do Cuidador/Familiar*. Os valores apresentados pelo modelo permitem inferir que o modelo explica uma variação máxima de 47,7% da *Qualidade de Vida Emocional* dos doentes.

Este modelo vem confirmar que as variáveis *Tipo de Doente*, *Ansiedade*, *Depressão* e *Exaustão do Cuidador/ Familiar* são as principais preditoras da Qualidade de Vida Emocional dos doentes.

Os resultados encontrados apontam a ansiedade, a depressão e o facto do doente ser ostomizado como preditoras da qualidade de vida emocional dos doentes, influenciando-a de forma significativa. O valor negativo dos Beta, significa que quanto maiores os níveis de ansiedade e depressão menor a qualidade de vida dos doentes. O facto do doente ser ostomizado diminui de igual modo a sua qualidade de vida.

Estes resultados são confirmados pelas correlações anteriormente apresentadas, que evidenciam que são os doentes não ostomizados que apresentam uma relação inversa mais acentuada entre a depressão e a qualidade de vida emocional.

Quadro 2.52. Resultados estatisticamente significativos das análises de regressão com a Ansiedade, a Depressão, a Satisfação Marital, a Imagem Corporal, a Exaustão do Cuidador/Familiar, a Ansiedade Estado-Traço e a Depressão dos cuidadores/familiares, como preditoras da Qualidade de Vida Emocional dos doentes

		Bloco 1 (Beta)	Bloco 2 (Beta)	Bloco 3 (Beta)	Bloco 4 (Beta)	Bloco 5 (Beta)
1	Sexo	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	Idade	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	Duração do diagnóstico	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
2	Tipo de doente		-0,267*	n.s.	n.s.	n.s.
3	Ansiedade			-0,546***	-0,466**	-0,442*
	Depressão			n.s.	n.s.	-0,410*
	Índice Satisfação Marital			n.s.	n.s.	n.s.
	Imagem Corporal			n.s.	n.s.	n.s.
4	Exaustão do Cuidador/familiar				-0,263*	n.s.
	Ansiedade Estado do cuidador				n.s.	n.s.
	Ansiedade Traço do cuidador				n.s.	n.s.
	Depressão do familiar (BDI)				n.s.	n.s.
5	Interacções entre o Tipo de Doente e variáveis psicológicas doente e família					n.s.
	R Square Change	0,009	0,070	0,370	0,067	0,105
R Square = 0,622, Adjusted R Square = 0,477						

b) Ansiedade, Depressão, Satisfação Marital, Imagem Corporal, Exaustão dos Cuidadores/Familiar, Ansiedade Estado-Traço e Depressão dos cuidadores/familiares, como preditoras da Qualidade de Vida Física dos doentes

No estudo relativo à Qualidade de Vida Física dos doentes com CCR, verificou-se que as variáveis *Idade*, *Tipo Doente*, *Depressão do Doente* e *Ansiedade Estado do Cuidador/Familiar* são as que melhor predizem a *Qualidade de Vida Física* dos doentes com CCR.

Da observação do quadro anterior constatou-se ainda que o facto dos cuidadores/familiares apresentarem níveis elevados de ansiedade estado, melhora a qualidade de vida física dos doentes com cancro colorectal. Este resultado parece estar relacionado com o facto dos cuidadores/familiares que se encontram ansiosos estarem mais preocupados com a saúde do doente, o que conduz a uma maior ajuda da sua parte na realização das actividades de vida diárias e na realização de outros cuidados, melhorando deste modo a qualidade de vida física dos doentes.

Em suma, e em relação à hipótese 2, os resultados evidenciam a Ansiedade e a Depressão dos doentes como as variáveis que mais se relacionam com a qualidade de vida dos doentes com cancro colorectal. Observou-se ainda que o facto de ser ostomizado também influencia claramente a qualidade de vida dos doentes, i.e. os doentes ostomizados apresentam uma acentuada insatisfação relativamente à sua imagem corporal quando comparados com os doentes não ostomizados.

Ainda no grupo dos doentes ostomizados, verificou-se a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a sua imagem corporal e a qualidade de vida social, o que pode estar relacionado com o maior isolamento social a que estes doentes se devotam.

Verificou-se ainda que a exaustão do cuidador/familiar interfere de forma negativa com a qualidade de vida emocional dos doentes em estudo.

No que concerne à qualidade de vida física dos doentes com cancro colorectal, observou-se que quando o cuidador apresenta índices elevados de ansiedade estado, o doente refere uma melhor qualidade de vida física. Em contrapartida, a presença de depressão no doente influencia negativamente a sua qualidade de vida física.

Constatou-se também que a variável *Tipo de Doente*, tem um efeito moderador na qualidade de vida do doente, sendo que o facto do doente ser ostomizado diminui a sua qualidade de vida física e emocional.

Não se observou influência das interacções utilizadas na qualidade de vida física e emocional dos doentes com CCR.

HIPÓTESE 3

Prevê-se que os cuidadores/familiares dos doentes ostomizados apresentem maiores níveis de ansiedade, depressão e exaustão, quando comparados com os cuidadores/familiares dos doentes não ostomizados.

Para estudar esta hipótese foi utilizado o Teste T para variáveis independentes que permitiu testar as médias das variáveis em estudo.

Verificou-se, através dos dados observados no quadro 2.54, que os familiares dos doentes ostomizados apresentam diferenças estatisticamente significativas quanto à sua morbilidade psicológica, quando comparados com os familiares dos doentes não ostomizados. Esta diferença reporta-se à depressão ($p=0,025$) e à ansiedade de estado ($p=0,016$), sendo superiores os níveis de depressão e ansiedade nos cuidadores de doentes ostomizados.

No que concerne à ansiedade traço ($p=0,086$) e à exaustão familiar ($p=0,209$), não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em estudo.

Quadro 2.54. Resultados do Teste T relativos à variável Morbilidade Psicológica (Ansiedade e Depressão) e exaustão do cuidador/familiar

Inquéritos	Cuidador/familiar Doentes Ostomizados ($\bar{X}$; D.P.)	Cuidador/familiar Doentes não Ostomizados ($\bar{X}$; D.P.)	t	p
Depressão (BDI - TOTAL)	13,3969($\pm 9,92258$)	9,2422($\pm 7,62275$)	-2,271	0,025
. Escala Cognitiva/afectiva (BDI)	6,7917($\pm 5,41541$)	4,6480($\pm 4,20782$)	-2,133	0,035
. Escala Somática/Desempenho (BDI)	6,6071($\pm 4,94099$)	4,5796($\pm 4,17020$)	-2,110	0,038
Ansiedade Estado	32,4211($\pm 15,77944$)	24,9546($\pm 13,21662$)	-2,444	0,016
Ansiedade Traço	27,8860($\pm 14,26012$)	22,7534($\pm 12,94912$)	-1,734	0,086
Exaustão	42,8292($\pm 8,85512$)	40,4945($\pm 7,74781$)	-1,265	0,209

$P \leq 0.050$

HIPÓTESE 4

Prevê-se que exista uma relação positiva entre a morbilidade psicológica dos doentes (ostomizados e não ostomizados) e a exaustão familiar e morbilidade psicológica dos seus cuidadores/familiares.

Para testar esta hipótese recorreu-se aos Coeficientes de Correlação de Pearson e Spearman, seleccionados após verificação do pressuposto de normalidade das variáveis em estudo.

Da análise dos Quadros 2.55 e 2.56, verificou-se que existe relação estatisticamente significativa entre a morbilidade psicológica dos doentes, ostomizados e não ostomizados, e a exaustão dos seus familiares. Constatou-se que, no grupo dos doentes ostomizados, existe uma correlação significativa entre a ansiedade do doente e a exaustão do cuidador ($r_s=0,595$; $p=0,000$) e entre a depressão do doente e a exaustão do cuidador ($r_s=0,495$; $p=0,004$). De salientar que as relações são positivas, significando que a maiores níveis de ansiedade e depressão do doente correspondem maiores níveis de exaustão familiar, tal como previsto na hipótese.

Quadro 2.55. Resultados dos Coeficientes de Correlação entre a Morbilidade Psicológica (Ansiedade e Depressão) dos doentes ostomizados e a Exaustão e Morbilidade Psicológica dos seus Cuidadores/Familiares.

Doente Ostomizado	Depressão	Ansiedade
Familiar Doentes Ostomizados		
Exaustão familiar	$r=0,495$ $p=0,004$	$r_s=0,595$ $p=0,000$
BDI TOTAL	$r_s=0,304$ $p=0,091$	$r_s=0,431$ $p=0,000$
Escala Cognitiva (BDI)	$r_s=0,252$ $p=0,162$	$r_s=0,448$ $p=0,010$
Escala Somática (BDI)	$r=0,280$ $p=0,121$	$r_s=0,389$ $p=0,028$
Ansiedade Estado (STAI)	$r=0,199$ $p=0,274$	$r_s=0,364$ $p=0,040$
Ansiedade Traço (STAI)	$r=0,239$ $p=0,203$	$r_s=0,369$ $p=0,045$

Legenda: r_s = Correlação de Spearman; r = Correlação de Pearson

Conforme se pode observar no Quadro 2.55, a ansiedade do doente ostomizado também se relaciona, de forma estatisticamente significativa, com a ansiedade e depressão dos seus familiares.

Quanto ao grupo dos doentes não ostomizados, Quadro 2.56), verifica-se a existência de correlações estatisticamente significativas entre a ansiedade do doente e a exaustão dos familiares ($r_s=0,355$; $p=0,004$). Existe também uma associação entre a ansiedade do doente e a ansiedade e depressão dos seus familiares, sendo, esta relação de igual modo positiva, significando que a maiores níveis de ansiedade e depressão do doente correspondem maiores níveis de exaustão familiar, tal como previsto na hipótese.

Ainda no grupo dos doentes não ostomizados, constatou-se que não existe relação estatisticamente significativa entre a depressão do doente e a depressão e ansiedade dos seus familiares.

Quadro 2.56. Resultados dos Coeficientes de Correlação entre a Morbilidade Psicológica (Ansiedade e Depressão) dos doentes não ostomizados e a Exaustão e Morbilidade Psicológica dos seus Cuidadores/Famíliares.

Doente não Ostomizado	Depressão	Ansiedade
Cuidador /Familiar Doente não Ostomizado		
Exaustão	$r=0,294$ $p=0,019$	$r_s=0,355$ $p=0,004$
BDI TOTAL	$r=0,152$ $p=0,231$	$r_s=0,281$ $p=0,025$
Escala Cognitiva (BDI)	$r=0,141$ $p=0,267$	$r_s=0,268$ $p=0,032$
Escala Somática (BDI)	$r=0,188$ $p=0,137$	$r_s=0,188$ $p=0,137$
Ansiedade Estado (STAI)	$r=0,119$ $p=0,351$	$r=0,294$ $p=0,018$
Ansiedade Traço (STAI)	$r=0,127$ $p=0,317$	$r=0,278$ $p=0,026$

Legenda: r_s = Correlação de Spearman; r = Correlação de Pearson

Para completar a análise desta hipótese efectuou-se também uma Regressão Múltipla (Método Enter), utilizando como variável dependente a exaustão do cuidador/familiar.

Assim, no primeiro bloco foram introduzidas as variáveis sócio-demográficas, *Sexo, Idade e Duração do Diagnóstico*; no segundo bloco a variável *tipo de doente* (ser ostomizado ou não); no terceiro bloco, as variáveis relativas aos cuidadores/familiares, nomeadamente a *Depressão*, a *Ansiedade Estado* e a *Ansiedade Traço*, no quarto bloco foram introduzidas as variáveis relativas aos doentes (*Ansiedade, Depressão, Índice Satisfação Marital e Imagem Corporal*) e por fim, no quinto bloco foram introduzidas as interacções entre o tipo de doentes e as variáveis consideradas preditoras de exaustão familiar dos cuidadores (Interacção 55=*Tipo de Doente x Ansiedade*; Int.56=*Tipo de Doente x Depressão*; 57=*Tipo de Doente x Índice Satisfação Marital*; Int.58=*Tipo de Doente x Imagem corporal*; Int.59=*Tipo de Doente x Exaustão do Cuidador/Familiar*; Int.60=*Tipo de Doente x Ansiedade Estado*; Int.61=*Tipo de Doente x Ansiedade Traço*; Int.62=*Tipo de Doente x Depressão do Cuidador/Familiar*).

a) Ansiedade, Depressão, Satisfação Marital, Imagem Corporal, Ansiedade Estado-Traço e Depressão dos Cuidadores/familiares, como preditoras da exaustão nos cuidadores/familiares.

Relativamente à exaustão dos cuidadores/familiares, os resultados estatisticamente significativos encontrados sugerem que a exaustão dos mesmos é, em grande parte, explicada pela presença de depressão do Cuidador/familiar (Quadro 2.57).

Através dos valores das regressões apresentados no quadro seguinte constatou-se que a exaustão do cuidador/familiar é influenciada, de forma estatisticamente significativa, pela depressão do cuidador/familiar, explicando este modelo um máximo de 34% da variação da mesma. Assim, a depressão do cuidador/familiar é apontada como o principal preditor da exaustão dos mesmos, independentemente do Tipo de Doente, ou seja, quer para os cuidadores/familiares dos doentes ostomizados quer para os cuidadores/familiares dos doentes não ostomizados.

Quadro 2.57. Resultados significativos das análises de regressão com a Ansiedade Estado-Traço e a Depressão dos cuidadores/familiares e a Ansiedade, a Depressão, a Satisfação Marital, a Imagem Corporal dos doentes como preditoras da Exaustão dos cuidadores/familiares.

		Bloco 1 (Beta)	Bloco 2 (Beta)	Bloco 3 (Beta)	Bloco 4 (Beta)	Bloco 5 (Beta)
1	Sexo	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	Idade	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	Duração do diagnóstico	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
2	Tipo de doente		n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
3	Ansiedade Estado			n.s.	n.s.	n.s.
	Ansiedade Traço			n.s.	n.s.	n.s.
	Depressão familiar (BDI)			0,556**	0,453**	0,529**
4	Ansiedade				n.s.	n.s.
	Depressão				n.s.	n.s.
	Índice Satisfação Marital				n.s.	n.s.
	Imagem Corporal				n.s.	n.s.
5	Interacções entre o Tipo de Doente e variáveis psicológicas doente e família					n.s.
	R Square Change	0,070	0,030	0,302	0,060	0,042
R Square = 0,505, Adjusted R Square = 0,340						

Não se observou influência das interacções utilizadas na exaustão dos cuidadores/familiares.

3.5. RESULTADOS DAS ANÁLISES EXPLORATÓRIAS

Através das análises exploratórias efectuadas pretendeu-se investigar a influência das variáveis sócio-demográficas e clínicas nas várias dimensões consideradas, como as que têm mais impacto na qualidade de vida dos doentes em estudo e seus familiares (qualidade de vida, satisfação marital, satisfação

sexual, morbidade psicológica, imagem corporal e satisfação do utente face aos cuidados de saúde recebidos).

Apresentam-se seguidamente os resultados obtidos, salientando apenas as variáveis cujos resultados encontrados foram significativos.

3.5.1. RESULTADOS RELATIVOS AOS DOENTES

IDADE

Através da análise efectuada, verificou-se que a idade não está associada à qualidade de vida do doente ostomizado, em nenhuma das dimensões em estudo, tendo em conta que não se observaram associações estatisticamente significativas.

Quanto aos doentes não ostomizados, a análise dos testes efectuados (Coeficiente de Correlação de Pearson e Coeficiente de Correlação de Spearman), após verificação dos pressupostos de normalidade e homocedasticidade, evidenciou relação entre a idade dos doentes e várias dimensões das variáveis em estudo, conforme mostra o quadro 2.58.

Assim, e no que concerne ao doente não ostomizado, os resultados encontrados apontam para a existência de associação entre a idade e várias dimensões da qualidade de vida, sendo esta associação mais significativa nas dimensões relacionadas com o desempenho sexual ($r_s = -0,557$; $p = 0,000$) e os problemas sexuais masculinos ($r_s = 0,445$; $p = 0,000$). No que concerne ao desempenho sexual, os valores encontrados indicam que quanto maior a idade menor a funcionalidade do doente.

Verificou-se ainda a existência de associação entre a idade e a satisfação marital ($r_s = 0,259$; $p = 0,021$) e entre a idade e a imagem corporal ($r_s = -0,247$; $p = 0,011$), sendo que quanto maior a idade, maior a insatisfação com a sua imagem corporal. Estas associações, apesar de fracas, são estatisticamente significativas.

Quadro 2.58. Resultados significativos dos Coeficientes de Correlação entre a Idade e as variáveis Qualidade de Vida, Imagem Corporal, Satisfação Sexual, Satisfação Marital, Morbilidade Psicológica e Satisfação do Utente no grupo de doentes não ostomizados

Inquéritos	Variável Clínica	Idade	
		D ^{te} Não-Ost. (r _s)	p
EORTC QLQ – CR30 e CR38	Físico (F)	r _s =-0,282	0,003
	Cognitivo (F)	r _s =-0,243	0,012
	Dispneia (S)	r _s =0,332	0,000
	Imagem Corporal (F)	r _s =0,256	0,008
	Desemp. Sexual (F)	r _s =-0,557	0,000
	Prob. de Micção (S)	r _s =0,314	0,001
	Prob. Sex. Masc. (S)	r _s =0,445	0,000
ISM	Satisfação Marital	r _s =0,259	0,021
BIS	Imagem Corporal	r _s =-0,247	0,011

SEXO

Relativamente à variável sexo, e para o grupo dos doentes ostomizados, apenas foram encontrados resultados estatisticamente significativos no que concerne à variável *Satisfação Marital* e *Satisfação Sexual*.

Para a análise da satisfação marital em função do sexo do doente ostomizado, e após ter sido previamente efectuada a análise da igualdade na simetria, na curtose e na variância, foi aplicado o Teste de Mann-Whitney, cujo resultado foi estatisticamente significativo (p=0,001), conforme se pode observar a partir do quadro 2.59.

Para a análise da satisfação sexual em função do sexo, e para o grupo de doentes ostomizados, foi efectuada um Teste T, cujos valores foram, de igual modo, estatisticamente significativos.

Através dos resultados encontrados e expostos no gráfico 2.58, verificou-se que os homens se encontram mais insatisfeitos relativamente às variáveis em

estudo (*Satisfação Marital* e *Satisfação Sexual*), quando comparados com as mulheres, sendo que a maiores resultados correspondem maiores problemas.

Quadro 2.59. Resultados significativos entre o Sexo e as variáveis Satisfação Marital e Satisfação Sexual, no grupo de doentes ostomizados

Testes utilizados	SEXO VARIÁVEIS	Homens ($\bar{X}$ e D.P.)	Mulheres ($\bar{X}$ e D.P.)	t	p
Teste de Mann-Whitney	Satisfação Marital	(n = 25) 15,33	(n = 9) 1,33		0,001
Teste T	Satisfação Sexual	(n = 8) 44,92(±15,45)	(n = 5) 14,67(±9,22)	3,923	0,002

Ao nível do grupo de doentes não ostomizados foram encontradas diferenças significativas em várias dimensões da Qualidade de Vida, na *Depressão* e na dimensão *Comunicação/Informação*, do Questionário de Avaliação da satisfação do Utente, como se pode observar através do quadro 2.60.

Quadro 2.60. Resultados estatisticamente significativos do Teste T, relativamente à influência do sexo nas dimensões: Físico, Perspectiva Futura, Desempenho Sexual, Prazer Sexual, Depressão e Comunicação/Informação, no grupo de doentes não ostomizados.

	SEXO VARIÁVEIS	Homens ($\bar{X}$ e D.P.) (n = 69)	Mulheres ($\bar{X}$ e D.P.) (n = 38)	t	p
Qualidade Vida	Físico	74,78(±22,977)	63,51(±21,685)	2,477	0,015
	Perspectiva Futura	22,22(±36,004)	9,65(±25,595)	2,095	0,039
	Desempenho sexual	37,01(±35,249)	17,19(±25,918)	3,163	0,002
	Prazer sexual	63,06(±23,285)	45,45(±30,814)	2,042	0,047
HADS	Depressão	6,19(±4,800)	8,29(±5,367)	-2,077	0,040
Satisf. Utente	Comunicação / Informação	3,8865(±0,40774)	3,6641(±0,37354)	2,771	0,007

Da análise do Quadro 2.60 pode ainda constatar-se que os doentes do sexo masculino, não ostomizados, apresentam maior funcionalidade nas dimensões *Físico*, *Perspectiva Futura* e *Desempenho Sexual* quando comparados com as doentes do sexo feminino e maior satisfação face à dimensão *Comunicação/Informação* relativa à satisfação com os cuidados recebidos. Relativamente à dimensão *Prazer Sexual*, os homens apresentam maiores problemas do que as mulheres, visto que a um resultado elevado corresponde maiores problemas na dimensão em causa. Ao nível da depressão, são as mulheres que apresentam maiores níveis de depressão quando comparadas com os homens.

ESTADO CIVIL

A análise da variável *Estado Civil* não encontrou resultados estatisticamente significativos relativamente ao grupo dos doentes ostomizados. Para os doentes não ostomizados foi observada influência significativa do estado civil relativamente à variável *Depressão*, tendo para o efeito sido utilizado o teste de Welch cujos resultados encontrados foram, para a categoria *Casado* ($n=78$; $\bar{X}=6,74$), *Divorciado* ($n=8$; $\bar{X}=4,25$) e *Viúvo* ($n=17$; $\bar{X}=9,00$), sendo o $p=0,016$.

Os resultados acima descritos apontam para um maior nível de depressão no que respeita aos viúvos.

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

Para observar o efeito das habilitações literárias nas variáveis em estudo efectuaram-se Coeficientes de Correlação de Pearson e Coeficientes de Correlação de Spearman. Para o grupo dos doentes ostomizados não se encontraram valores estatisticamente significativos, pelo que se concluiu que as habilitações literárias não exercem influência na qualidade de vida do doente ostomizado.

Quanto ao grupo de doentes não ostomizados foram observados valores significativos em várias dimensões das variáveis em estudo, conforme se pode observar no quadro seguinte.

Quadro 2.61. Resultados estatisticamente significativos dos Coeficientes de Correlação de Spearman entre as Habilitações Literárias e as variáveis Qualidade de Vida, Imagem Corporal, Satisfação Sexual, Satisfação Marital, Morbilidade Psicológica e Satisfação do Utente, no doente não ostomizado

QUESTIONÁRIOS	VARIÁVEIS	Habilitações literárias (r.)	p
EORTC (Qualidade de Vida)	Físico	0,326	0,001
	Emocional	0,192	0,047
	Cognitivo	0,191	0,049
	Imagem corporal	-0,274	0,004
	Desempenho sexual	0,268	0,007
	Prazer sexual	0,424	0,003
	Problemas de micção	-0,208	0,032
	Prob. Sex. Masc.	-0,256	0,035
ISS	Índice Satisfação sexual	-0,515	0,000
BIS	Imagem Corporal	0,242	0,012
HADS	Ansiedade	-0,205	0,035
	Depressão	-0,249	0,010

Da análise do Quadro 2.61, verificou-se que as habilitações literárias influenciam positivamente a qualidade de vida do doente não ostomizado. A negatividade dos valores do coeficiente de correlação indica que quanto maiores as habilitações literárias menores os problemas, isto é, os doentes com habilitações literárias mais elevadas apresentam menores dificuldades ao nível das dimensões relacionadas com sintomatologia (*Problemas de Micção, Problemas Sexuais Masculinos*), e nas variáveis *Satisfação Sexual, Ansiedade e Depressão* nas quais maiores valores indicam maiores problemas.

Relativamente à variável *Imagem Corporal* a relação encontrada indica-nos que os doentes com habilitações literárias mais elevadas apresentam maiores dificuldades face à sua Imagem Corporal.

ACTIVIDADE PROFISSIONAL

Para facilitar o tratamento e a leitura dos dados, e tendo em conta que os doentes apresentavam um leque muito variado de profissões, foram criadas classes nas quais estas foram incluídas. Assim, as profissões que não requeriam curso médio ou superior para o seu desempenho incluíram-se na classe

Actividades Profissionais menos Diferenciadas e as profissões que requeriam curso médio ou superior incluíram-se nas *Actividades Profissionais mais Diferenciadas*.

Quando se analisa o impacto da profissão na qualidade de vida do doente nas variáveis em estudo verifica-se que, no grupo dos **doentes ostomizados**, apenas se encontraram valores estatisticamente significativos no que respeita à dimensão *Relações Interpessoais*, (Quadro 2.62).

O teste utilizado foi o Teste Anova, após verificação dos pressupostos da normalidade e homocedasticidade.

Assim, através da análise dos resultados evidenciados no quadro 2.62, constatou-se que o grupo profissional no qual se observaram mais sintomas gástricos foi no grupo das *Actividades Profissionais menos Diferenciadas*. Relativamente à satisfação dos doentes face à dimensão *Relações Interpessoais*, observou-se que o grupo das *Actividades Profissionais menos Diferenciadas* se encontra menos satisfeito que os outros dois grupos.

Relativamente ao grupo de **doentes não ostomizados** encontraram-se resultados estatisticamente significativos para várias dimensões, conforme se pode observar pelo quadro 2.62.

Da análise deste quadro, e no que concerne aos doentes não ostomizados, verificou-se que em relação às dimensões correspondentes à variável *Satisfação do Utente*, os doentes mais satisfeitos são os que pertencem ao grupo das *Actividades Profissionais Diferenciadas*. O mesmo acontece no que se refere às dimensões *Emocional* e *Desempenho Sexual*, nas quais os doentes com menores dificuldades são os que pertencem ao grupo das *Actividades Profissionais Diferenciadas*. Nas dimensões relacionadas com sintomatologia, nomeadamente na dimensão *Problemas Sexuais Masculinos*, são os doentes pertencentes ao grupo dos *Reformados/Pensionistas*, que apresentam um maior nível de problemas.

Quadro 2.62. Resultados, estatisticamente significativos, relativamente à influência do Grupo Profissional nas dimensões Acessibilidade, Qualidade Técnica, Avaliação Global da Satisfação, Emocional, Desempenho Sexual, Problemas de Micção e Problemas Sexuais Masculinos, nos doentes com CCR.

DOENTE OSTOMIZADO					
Questionários	VARIÁVEIS	Reformado /Pensionista (n=27) ($\bar{X}$ e DP)	Profissão menos diferenciada (n=14) ($\bar{X}$ e DP)	Profissão diferenciada (n=5) ($\bar{X}$ e DP)	p
Sat. Utente	Relações interpessoais	3,6923(±0,24789)	3,4066(±0,44078)	3,8077(±0,42482)	0,021
DOENTE NÃO OSTOMIZADO					
Questionários	VARIÁVEIS	Reformado /Pensionista (n=64) ($\bar{X}$ e DP)	Profissão menos diferenciada (n=28) ($\bar{X}$ e DP)	Profissão diferenciada (n=12) ($\bar{X}$ e DP)	p
Satisfação Utente	Acessibilidade	3,7507(±0,30702)	3,4925(±0,38722)	3,9068(±0,42878)	0,001
	Qualidade técnica	4,0938(±0,36354)	4,1071(±0,48051)	4,5330(±0,40514)	0,001
	Avaliação Global	4,031(±0,502977)	3,9643(±0,50787)	4,5000(±0,52223)	0,008
Qualidade de Vida	Emocional	43,62(±32,825)	42,26(±35,423)	70,83(±22,891)	0,025
	Desempenho sexual	21,55(±31,377)	35,12(±32,184)	56,94(±29,694)	0,002
	Prob. Sex. Masculinos	65,81(±38,226)	32,29(±33,593)	27,27(±38,205)	0,001
HADS	Depressão	7,67(±5,333)	7,14(±4,836)	3,42(±2,575)	0,000

Foi ainda encontrado um resultado estatisticamente significativo na dimensão *Depressão*. Relativamente a esta variável, verificou-se que os doentes reformados ou pensionistas se encontram mais deprimidos. Tendo em conta que o pressuposto de homocedasticidade não foi cumprido relativamente a esta variável, utilizou-se o Teste de Welch em substituição da Anova, sendo o $p=0,000$.

TRATAMENTOS EFECTUADOS

Relativamente ao estudo da influência dos tratamentos efectuados, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos em nenhuma das dimensões das variáveis em estudo, para o grupo dos doentes ostomizados. Para o grupo dos doentes não ostomizados foi utilizado o Teste Anova, após verificação dos pressupostos de normalidade e homocedasticidade, através do

qual foram encontradas diferenças para a Dimensão *Emocional* da variável Qualidade de Vida, quando comparada nas três dimensões da variável *Tratamentos Efectuados*. A partir dos resultados observados no quadro 2.62, verificou-se que os doentes que só efectuaram cirurgia apresentam menos dificuldades a nível emocional que os doentes que efectuaram outros tratamentos associados à cirurgia, nomeadamente cirurgia e quimioterapia.

Foram também encontrados valores estatisticamente significativos para a dimensão *Efeitos Secundários da Quimioterapia*. Contudo, não se verificou o pressuposto da homocedasticidade, pelo que se optou pelo teste de Welch, através do qual se encontraram diferenças significativas entre os três tipos de tratamentos (Quadro 2.63).

Relativamente a esta dimensão, a análise dos valores encontrados indica que os doentes que só efectuaram *Cirurgia* apresentam menores dificuldades relativamente à dimensão *Efeitos Secundários da Quimioterapia*, sendo os doentes mais afectados os que efectuaram *Cirurgia* e *Quimioterapia*, como seria de esperar.

Quadro 2.63. Resultados, estatisticamente significativos, relativamente à influência dos Tratamentos Efectuados nas dimensões Emocional e Efeitos Secundários da Quimioterapia

DOENTE NÃO OSTOMIZADO				
VARIÁVEIS	Cirurgia ($\bar{X}$ e DP) (n=32)	Cirurgia e Quimioterapia ($\bar{X}$ e DP) (n=59)	Cirurgia, Quimioterapia e Radioterapia ($\bar{X}$ e DP) (n=14)	p
Emocional	59,37(±32,842)	39,12(±31,836)	49,40(±33,247)	0,019
Efeitos Secundários da Quimioterapia	12,15(±15,029)	53,48(±30,287)	34,52(±28,259)	0,000

Tendo por base os valores das médias encontradas no Teste Anova, que salienta a existência de diferenças estatisticamente significativas para os diferentes grupos em estudo, no que refere à dimensão *Emocional* da variável Qualidade de Vida, pretendeu-se analisar em que medida cada grupo difere do outro. Deste modo, considerou-se fundamental a aplicação de um Teste de Comparações Múltiplas de Scheffé, (Quadro 2.64).

Da análise dos valores apresentados verificou-se que a única diferença estatisticamente significativa se verifica entre os doentes que só efectuaram cirurgia e os que efectuaram cirurgia em associação com quimioterapia. Estes resultados evidenciam o impacto negativo que o tratamento quimioterápico exerce sobre a Qualidade de Vida Emocional dos doentes com cancro colorectal.

Como hipótese explicativa há a salientar que, o facto de não precisar de quimioterapia corresponde à garantia da remoção total do tumor e a sua consequente cura, tendo em conta a fase muito precoce em que este foi detectado.

Quadro 2.64. Resultados do Teste de Scheffé, relativamente à influência dos Tratamentos Efectuados nas dimensões Emocional e Efeitos Secundários da Quimioterapia

MÉDIAS RELATIVAS AOS DIFERENTES TRATAMENTOS		p
$\bar{X}$ Cirurgia	$\bar{X}$ Cirurgia +Quimioterapia	0,020
$\bar{X}$ Cirurgia	$\bar{X}$ Cirurgia+Quimio+Radio	0,631
$\bar{X}$ Cirurgia+Quimio	$\bar{X}$ Cirurgia+Quimio+Radio	0,566

TRATAMENTOS QUE ESTÁ A EFECTUAR NO MOMENTO DA AVALIAÇÃO

Para avaliar a influência da variável clínica *Tratamentos que está a Efectuar Actualmente* foram efectuados testes T.

Para o grupo de doentes ostomizados foram encontradas diferenças significativas na dimensão *Efeitos Secundários da Quimioterapia* entre o tratamento *Consulta de Rotina* e os tratamentos *Consulta de Rotina + Quimioterapia*, ($p=0,009$), como seria de esperar. Da leitura dos valores apresentados no Quadro 2.65, constata-se que, face aos efeitos secundários da quimioterapia, os doentes que estão a efectuar consultas de rotina e quimioterapia apresentam mais dificuldades.

Existem também diferenças significativas na dimensão *Problemas Relacionados com o Estoma* entre o tratamento *Consulta de Rotina* quando comparado com os tratamentos *Consulta de Rotina + Quimioterapia*, ($p=0,018$).

Os valores encontrados indicam que, para os *Problemas Relacionados com o Estoma*, os doentes que apenas têm consultas de rotina apresentam maiores dificuldades. Este facto pode ser explicado em virtude do doente que está a efectuar tratamento de quimioterapia receber mais apoio por parte profissionais de saúde no que se refere aos cuidados ao estoma, tendo em conta as deslocações frequentes que efectua ao Serviço de Hemato-Oncologia, em consequência dos tratamentos em curso.

Quadro 2.65. Resultados do Teste T, estatisticamente significativos, relativamente à influência dos tratamentos actuais nas variáveis Qualidade de Vida, Satisfação do Utente, Ansiedade e depressão.

DOENTE OSTOMIZADO					
Questio- nários	VARIÁVEIS	Consulta Rotina (n=23) ($\bar{X}$ e DP)	Consulta rotina + Quimioterapia (n=20) ($\bar{X}$ e DP)	t	p
Q.V.	Efeitos Sec. Quimioterapia	30,43(±29,629)	57,22(±34,44)	-2,742	0,009
	Prob. relac. com o estoma	78,26 (±15,717)	57,38(±34,006)	2,522	0,018
S. Utente	Relações interpessoais	3,5067(±0,42839)	3,7308(±0,21829)	2,111	0,041
DOENTE NÃO OSTOMIZADO					
	VARIÁVEIS	Consulta Rotina (n=71) ($\bar{X}$ e DP)	Consulta rotina + Quimioterapia (n=34) ($\bar{X}$ e DP)	t	p
QUALIDADE DE VIDA	Físico	75,02(±20,922)	60,78(±24,823)	3,069	0,003
	Tarefas	51,42 (±36,704)	33,33(±39,781)	2,298	0,024
	Emocional	55,52(±32,457)	27,70(±26,727)	4,340	0,000
	Social	49,30(±32,420)	31,86(±29,692)	2,648	0,009
	Fadiga	30,20(±27,742)	57,19(±30,476)	-4,517	0,000
	Náuseas	1,88(±8,237)	20,59(±31,264)	-3,433	0,002
	Perda de apetite	2,82(±10,906)	22,55(±31,485)	-3,554	0,001
	Saúde em geral	70,89(±14,832)	60,78(±12,228)	3,449	0,001
	QV Global	70,42(±13,858)	58,33(±17,041)	3,877	0,000
	Persp. Futura	22,54(±36,850)	6,86(±19,728)	2,834	0,006
	Efeitos Sec. Quimioterapia	25,12(±24,682)	65,36(±28,658)	-7,415	0,000
	Perda de peso	0.95(±7,968)	16,67(±34,082)	-2,653	0,012
HADS	Ansiedade	7,69(±5,507)	10,24(±5,489)	-2,218	0,029
	Depressão	6,00(±4,598)	9,12(±5,515)	-3,044	0,003

Na dimensão *Relações Interpessoais* da variável *Satisfação do Utente* foi também encontrada diferença estatisticamente significativa relativamente ao tratamento *Consulta de Rotina*, quando comparado com os tratamentos *Consultas de Rotina + Quimioterapia*, ($p=0,041$). Nesta dimensão observou-se que os doentes mais satisfeitos são os que fazem consultas de rotina e quimioterapia. Tendo em conta as características cuidativas, muito particulares dos profissionais que lidam diariamente com os doentes submetidos a quimioterapia, refere-se novamente que a maior satisfação dos doentes, encontrada no grupo que está a efectuar quimioterapia, está relacionada com o apoio psicológico prestado pela equipa de saúde.

Para o grupo dos doentes não ostomizados foi também efectuado um Teste T no sentido de verificar o impacto dos tratamentos actuais nas várias variáveis em estudo. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em diversas dimensões, conforme se pode observar no Quadro 2.65.

Relativamente aos doentes não ostomizados verificou-se que os doentes que se encontram a efectuar consultas de rotina e quimioterapia apresentam pior funcionalidade, maior severidade dos sintomas, pior saúde em geral, pior qualidade de vida global e maiores níveis de ansiedade e depressão.

3.5.2. RESULTADOS RELATIVOS AOS CUIDADORES/FAMILIARES

Apresentam-se de seguida as análises exploratórias efectuadas para analisar a influência das variáveis sócio-demográficas na exaustão e na morbilidade psicológica dos cuidadores/familiares. Esta análise foi efectuada para o grupo de cuidadores/familiares dos doentes ostomizados e grupo de cuidadores/familiares dos doentes não ostomizados.

IDADE

No que concerne à *Idade* verificou-se que não existe relação estatisticamente significativa entre esta e as variáveis *Exaustão do Cuidador/Familiar* e *Morbilidade Psicológica*, nos dois grupos em estudo

(cuidadores/familiares dos doentes ostomizados e cuidadores/familiares dos doentes não ostomizados).

SEXO

Relativamente ao *Sexo*, apenas se encontrou relação estatisticamente significativa com a variável *Exaustão do Cuidador/Familiar*, no grupo dos cuidadores/familiares dos doentes ostomizados. O teste efectuado foi o Teste T e, após verificação dos pressupostos de normalidade e homocedasticidade, os resultados encontrados foram, para o sexo masculino ($n=7$; $\bar{X}=37,5000$; $\pm 5,81195$), e para o sexo feminino ($n=24$; $\bar{X}=44,9598$; $\pm 7,09935$); $t=-2,534$; $p=0,017$).

Da análise dos valores apresentados constatou-se que os cuidadores/familiares do sexo feminino apresentam níveis mais elevados de exaustão do que os cuidadores/familiares do sexo masculino.

PROFISSÃO

Quanto à variável *Profissão* não se registou qualquer influência da mesma face às variáveis em estudo.

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

O estudo da variável *Habilitações Literárias* evidenciou, no grupo dos cuidadores/familiares dos doentes não ostomizados, a presença de relação estatisticamente significativa face à variável *Depressão* ($n=64$; $p=0,030$; $r_s=-0,273$) e face à *Ansiedade Traço* ($n=64$; $p=0,030$; $r_s=-0,274$).

No grupo dos cuidadores/familiares dos doentes ostomizados, as habilitações literárias estão unicamente relacionadas com a variável *Depressão* ($n=32$; $p=0,022$; $r_s=-0,410$).

Para ambos os grupos de cuidadores/familiares, a maiores habilitações corresponde menor morbilidade psicológica (ansiedade e depressão).

ESTADO CIVIL

Quanto à variável *Estado Civil* não foram encontrados resultados estatisticamente significativos, face às variáveis em estudo.

RELAÇÃO COM O DOENTE

Não existe influência da variável *Relação com o Doente* na exaustão e na morbilidade psicológica dos cuidadores/familiares dos doentes não ostomizados. Quanto aos cuidadores/familiares dos doentes ostomizados, a variável *Relação com o doente* influencia de forma significativa a *Depressão* dos cuidadores/familiares, conforme consta no quadro 2.66. O teste utilizado para estudar esta relação foi o Teste Anova.

Quadro 2.66. Resultados, estatisticamente significativos, relativos à influência da variável Relação com o Doente na variável depressão dos cuidadores/familiares.

CUIDADOR/FAMILIAR DO DOENTE OSTOMIZADO				
VARIÁVEIS	Marido ($\bar{X}$ e DP) (n=14)	Esposa ($\bar{X}$ e DP) (n=33)	Filho(o) ($\bar{X}$ e DP) (n=12)	p
Depressão	7,6983(±5,9057)	11,389(±7,8060)	7,700(±8,5868)	0,027

Da análise dos valores anteriormente apresentados constatou-se que os cuidadores pertencentes ao grupo *Esposa* apresentam maiores níveis de depressão, seguidos dos cuidadores/familiares pertencentes ao grupo *Filha(o)*.

Quanto às variáveis *Zona de Residência* e *Situação Profissional* não foram encontrados resultados estatisticamente significativos que pudessem indicar a sua influência na exaustão familiar e morbilidade psicológica dos familiares dos doentes com cancro colorectal.



CAPÍTULO 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

CAPÍTULO 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No capítulo anterior procedeu-se à apresentação dos resultados do estudo, de forma sistematizada, estando estes subdivididos em resultados descritivos e resultados dos testes de hipóteses.

O presente capítulo, relativo à discussão dos resultados, procura comparar os resultados obtidos com o quadro teórico que lhes serviu de referência. A sua apresentação segue uma ordem sequencial tendo por base as hipóteses formuladas e as análises exploratórias efectuadas.

4.1. QUALIDADE DE VIDA DO DOENTE COM CANCRO COLORECTAL E O SEU CUIDADOR/FAMILIAR: HIPÓTESES FORMULADAS

Apresenta-se seguidamente a discussão das hipóteses seguindo a ordem sequencial pela qual elas se apresentaram no capítulo anterior.

HIPÓTESE 1

Os resultados obtidos confirmam parcialmente a primeira hipótese formulada que previa que os doentes ostomizados apresentassem uma diminuição da sua qualidade de vida, maior insatisfação em relação à sua imagem corporal, satisfação marital e sexual, maiores níveis de ansiedade e depressão e diferenças na satisfação com os cuidados de saúde recebidos, quando comparados com os doentes não ostomizados.

Constatou-se que o CCR tem um profundo impacto na qualidade de vida dos doentes, nomeadamente quando o tratamento impõe a formação de uma ostomia. Assim, verificou-se que os doentes ostomizados apresentam uma diminuição da sua funcionalidade, um agravamento da sintomatologia, uma pior saúde em geral e uma pior qualidade de vida global, quando comparados com os doentes não ostomizados. Em termos de *Perspectiva Futura*, também apresentam

diferenças significativas, sendo esta menor que a dos doentes não ostomizados. Encontram-se ainda diferenças estatisticamente significativas ao nível do *Desempenho Sexual, Vida Social, Imagem Corporal e Morbilidade Psicológica*.

Estes resultados vão de encontro à literatura consultada que aponta para uma diminuição da qualidade de vida dos doentes ostomizados relativamente aos doentes não ostomizados.

Assim, e na perspectiva de Rodriguez-Bigas e colaboradores (2007) importantes diferenças foram observadas ao nível da qualidade de vida dos doentes com CCR, quando se comparam doentes com cancro do cólon e doentes com cancro do recto. Estas diferenças estão relacionadas com a presença ou ausência de uma ostomia, alterações da função intestinal, urinária e sexual. Os mesmos autores salientam que a disfunção sexual é uma importante questão para os doentes com cancro do recto, tendo em conta as alterações com a auto-imagem em consequência da presença de um estoma.

Ainda relativamente à qualidade de vida dos doentes com CCR, Guren e colaboradores (2005) e Grumann e colaboradores (2001), referem que a presença de uma ostomia afecta severamente a qualidade de vida do doente com cancro colorectal. Reforçando esta ideia, Persson e colaboradores (2004) salientam que uma ostomia causa alterações profundas na vida do doente, resultantes do prejuízo físico, das alterações da imagem corporal, da perda de função corporal e da alteração na sua higiene diária.

No que concerne às alterações impostas na sexualidade, vida social e imagem corporal, os resultados encontrados estão em consonância com os resultados encontrados por MacDonald e Anderson (1984) os quais referiram que ter uma ostomia está associado a uma redução do interesse e participação em actividades sociais. Por sua vez Nugent e colaboradores (1999) referem que o doente ostomizado se confronta diariamente com alterações na sua imagem corporal bem como sentimentos de incapacidade e depressão.

No que concerne à imagem corporal, Kirkpatrick (1980) salienta o facto das alterações provocadas pela ostomia na imagem corporal do doente serem o maior problema, tendo em conta que muitos doentes se sentem inseguros, sentindo medo de retomar a sua vida social anterior à cirurgia. O mesmo autor

salienta que perturbações psicológicas significativas foram encontradas em 43% dos ostomizados.

No que concerne à morbilidade psicológica, os dados encontrados apontam para uma profunda alteração psicológica, com a ansiedade e a depressão a influenciarem de forma profunda a vida do doente. Twycross (1999) citado por Pereira e Lopes (2002) refere que cerca de 10% dos doentes com cancro têm uma perturbação mental identificável. Os mesmos autores citando Evans e Connis (1995) salientam os resultados de um estudo no qual se observou que 80% dos sujeitos avaliados se encontravam no ponto de corte para a depressão clínica sendo que os restantes achados apontavam para que a depressão nestes doentes fosse a regra e não a excepção.

Neste contexto, Rodriguez-Bigas e colaboradores (2007) chamam a atenção para o facto de a depressão poder não estar unicamente relacionada com o diagnóstico de cancro mas também com as alterações na imagem corporal e na sexualidade provocadas pela presença de uma ostomia.

Também Hann e colaboradores (1999) referem que 24% dos doentes com cancro apresentam sintomas depressivos, os quais podem afectar negativamente o doente em vários aspectos, como por exemplo, interferir com o tratamento, aumentar o tempo de internamento hospitalar, reduzir a capacidade para o autocuidado, diminuir a sua qualidade de vida e reduzir o tempo de sobrevivência.

Relativamente a estes aspectos, Honda e colaboradores (2005) salientam que vários estudos apontam para uma relação directa entre o cancro e a morbilidade psicológica, em particular sintomas de ansiedade e depressão. Estes resultados são similares aos resultados encontrados por Sprangers e colaboradores (1995), nos quais se verificou que sintomas tais como depressão, solidão, pensamentos suicidas, sentimentos de estigma e baixa auto-estima são significativamente mais prevalentes nos doentes ostomizados (10% - 50%) do que nos doentes não ostomizados (3% - 43%).

De modo a reforçar a severidade da presença de uma ostomia, também McDonald e Anderson (1985) apresentam o resultado de outro estudo, onde observaram que os doentes com cancro rectal e com uma ostomia se encontravam mais deprimidos, socialmente mais isolados e estigmatizados. Estes

doentes apresentavam mais problemas físicos, em particular sintomas urinários, gases e problemas intestinais.

Engel e colaboradores (2003) efectuaram um estudo, no qual usaram o questionário EORTC QLQ-CR30, e concluíram que os doentes ostomizados apresentavam menor funcionalidade e maiores problemas, sendo as principais diferenças relativas à sua actividade diária e social, fadiga, insónia e diarreia.

Também Camilleri-Brennan e Steele (2001) concluíram, no seu estudo, que os doentes ostomizados tinham menor bem-estar e pior imagem corporal. Do mesmo modo, Sprangers e colaboradores (1995) e McDonald e Anderson (1985) referiram que estes doentes apresentavam mais problemas sexuais e urinários, maior distresse e menor funcionamento social. O estudo efectuado por Sprangers e colaboradores (1995) refere ainda que a prevalência de disfunção sexual é consistentemente mais elevada nos doentes ostomizados (66% - 100%) do que nos doentes não ostomizados (30% - 75%).

Ainda relativamente aos problemas sexuais, Hendren e colaboradores (2005) salientam que a cirurgia por cancro rectal resulta, de um modo geral, em profundas alterações físicas e psicológicas que alteram a qualidade de vida e o funcionamento sexual dos doentes.

Estes problemas, bem como a ansiedade relacionada com o estoma e a vergonha, conduzem a uma forte alteração no estilo de vida dos doentes, incluindo uma diminuição da sua disposição para trabalhar e viajar, um comportamento diferente para com familiares e amigos e problemas na sua vida sexual (Karadag et al., 2003).

Baseada na vasta literatura consultada, na qual se observa a importância do ensino e da comunicação enfermeiro-doente/família para a melhoria da qualidade de vida dos doentes ostomizados, e tendo em conta as profundas alterações físicas e psicológicas encontradas, poder-se-á apontar para a necessidade de um maior investimento por parte dos profissionais de saúde no que respeita à informação prestada ao doente e família, com vista a uma maior aceitação da ostomia.

Relativamente à satisfação do utente, considera-se que a sua avaliação se reveste de redobrada importância, tendo em conta que grande parte da adesão

terapêutica do doente depende da sua satisfação com os cuidados recebidos durante a hospitalização.

Segundo Fitzpatrick (1997), a satisfação do utente é a avaliação dos cuidados recebidos por parte do utente, contendo estas reacções emocionais e cognitivas.

Ainda relativamente à satisfação do doente, Fitzpatrick (1993), Whitfield e Baker (1992), consideram que é importante avaliar a satisfação do utente, porque a investigação mostra uma relação inequívoca entre a satisfação do utente e vários resultados do cuidar. Tem-se verificado que os mais satisfeitos com os cuidados são os que têm maior adesão terapêutica, uma maior relação com o profissional de saúde e uma melhor qualidade de vida.

No que concerne ao presente estudo, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas ao nível da satisfação do utente face aos cuidados de saúde recebidos, entre o grupo dos doentes ostomizados e o grupo de doentes não ostomizados. Este facto pode prender-se, em nosso entender, com o tempo decorrido entre o internamento e o momento em que decorreu a avaliação aos doentes, tendo em conta que esta foi efectuada 6 a 10 meses após a alta hospitalar, facto que pode ter diluído alguma insatisfação por parte dos doentes, relacionada com alguma situação que tenha ocorrido durante o internamento ou a sua satisfação ser de facto grande, tendo em conta a melhoria da qualidade dos cuidados que se tem vindo a verificar na Saúde.

HIPÓTESE 2

No que se refere à hipótese 2 que previa que existisse uma relação positiva entre a qualidade de vida, imagem corporal, satisfação sexual, satisfação marital, morbilidade psicológica e satisfação face aos cuidados de saúde recebidos nos grupos de doentes ostomizados e não ostomizados, verificou-se que existe uma relação acentuada entre a morbilidade psicológica (ansiedade e depressão) e um elevado número de dimensões da qualidade de vida dos doentes com cancro colorectal.

Quando se analisaram os resultados relativos aos doentes ostomizados constatou-se que a ansiedade e depressão são as variáveis que se encontram mais fortemente associadas às várias dimensões da qualidade de vida, com

especial relevo para a imagem corporal e os problemas relacionados com o estoma, enquanto que no grupo dos doentes não ostomizados, para além da relação existente entre a ansiedade e a depressão e as várias dimensões da qualidade de vida, existem outras variáveis que se relacionam com as dimensões da qualidade de vida, como por exemplo a saúde em geral e a qualidade de vida global.

Através destes resultados pode inferir-se que quando o doente é confrontado com uma ostomia, as variáveis que mais influenciam a sua qualidade de vida são a depressão e a ansiedade, para além dos problemas relacionados com o estoma e a imagem corporal.

Relativamente à relação entre a morbilidade psicológica e o cancro, Nordin e colaboradores (2001) referem que a prevalência da ansiedade e da depressão são as principais respostas do doente ao cancro, variando estas entre 0 e 49%. Também Carlson e Bultz (2003) e Honda e colaboradores (2005) salientam que muitos são os estudos que se debruçaram sobre a relação entre os níveis de distresse e os doentes com cancro, nos quais se observou uma elevada prevalência de doença psiquiátrica, nomeadamente ansiedade e depressão, nestes doentes. Os mesmos autores salientam ainda os resultados de outro estudo, no qual níveis significativos de distresse foram identificados em 35% dos doentes.

A prevalência de depressão severa varia entre 20 - 25%, e está relacionada com elevados índices de incapacidade física, doença avançada e dor (Sellick & Crooks, 1999).

Skarstein e colaboradores (2000) efectuaram um estudo no qual analisaram a relação entre a Escala de Avaliação de Ansiedade e Depressão no Hospital (HADS) com o questionário da Qualidade de vida do EORTC e concluíram, tal como o presente estudo, que existia uma relação negativa, estatisticamente significativa entre a dimensão *Funcionamento Emocional* e a ansiedade e a depressão.

A depressão correlaciona-se também com a fadiga (Kaasa et al., 1993), sendo esta correlação também estatisticamente significativa neste estudo.

São vários os estudos que apontam a forte relação entre o diagnóstico e o tratamento do cancro com a ansiedade e a depressão. Hellbom e colaboradores (1998) apontam estudos nos quais se pode observar que a depressão se situa entre os 4% e os 50% e a ansiedade entre 5% e os 17%, nos doentes com cancro.

A depressão nos doentes com cancro encontra-se ainda estatisticamente relacionada com a reacção negativa aos tratamentos, bem como ao aparecimento de problemas sexuais, sociais, físicos e cognitivos (Ross et al., 2002). Estes sintomas depressivos afectam adversamente o doente com cancro, interferindo com o tratamento, aumentando o tempo de internamento, reduzindo a capacidade para o auto-cuidado, diminuindo a qualidade de vida e possivelmente reduzindo o tempo de vida (Hann et al., 1999).

Num estudo desenvolvido por Santos, Santos e Abrantes (1996), sobre psicopatologia e efeitos associados à quimioterapia em doentes do sexo feminino, concluíram que mais de metade das doentes apresentavam níveis de depressão e ansiedade moderados a graves e que o tempo de duração da doença e da quimioterapia predispunham a uma vulnerabilidade psicopatológica para a depressão. Verificaram também que à medida que a doença evolui, a gravidade da depressão aumenta, o mesmo não se verificando em relação à ansiedade.

Indo de encontro aos restantes estudos abordados, Skarstein e colaboradores (2000) concluíram que a depressão tem um forte impacto na saúde em geral e em outras dimensões da qualidade de vida, sendo estas correlações mais fortes que as correlações entre a ansiedade e as mesmas dimensões. Os resultados evidenciados neste estudo corroboram os resultados encontrados no presente estudo, no qual estão em evidência as fortes relações encontradas.

Este facto põe em destaque a importância de um diagnóstico precoce da depressão bem como um adequado acompanhamento psicológico dos doentes com cancro e sua família.

Neste contexto, Padilla e Grant (1985) salientam que o papel do enfermeiro, relativo ao doente ostomizado, é baseado na comunicação, encarada como elemento básico da relação terapêutica, e que possibilita ao doente integrar a realidade, a sua vivência enquanto doente ostomizado, identificando a perda e reconhecendo os sentimentos que lhe estão associados.

No que concerne à qualidade de vida emocional, considera-se que esta abarca um conjunto de problemas psicológicos, tais como baixa auto-estima, depressão, solidão, pensamentos suicidas e sentimentos de marginalização, os quais foram encontrados em ambos os doentes, sendo mais significativos nos

doentes ostomizados (10 - 54%) quando comparados com os doentes não ostomizados (3 - 43%) (Cohen & McLeod, 2004).

Salienta-se assim, a importância do efeito moderador da variável *Tipo de Doente* (ser ou não ostomizado) na qualidade de vida do doente. Este resultado confirma os resultados anteriormente apresentados, nos quais se verificou claramente o importante impacto da colostomia na qualidade de vida dos doentes.

Os resultados encontrados neste estudo estão em consonância com os resultados encontrados em outros estudos científicos. Contudo, poder-se-á considerar a hipótese de que um maior apoio psicológico ao doente e família reflectisse um menor impacto do cancro na sua morbilidade psicológica.

HIPÓTESE 3

Relativamente à terceira hipótese formulada, que previa que houvesse diferenças entre a morbilidade psicológica e exaustão dos cuidadores/familiares dos doentes ostomizados quando comparados com os cuidadores/familiares dos doentes não ostomizados, os resultados obtidos confirmam a existência de diferenças estatisticamente significativas, no que concerne à morbilidade psicológica, mais propriamente no que respeita à depressão e ansiedade estado. Não se verificaram diferenças entre os doentes ostomizados e não ostomizados no que concerne à ansiedade traço e à exaustão do cuidador/familiar.

No que concerne à ansiedade traço considera-se que esta não apresentou diferenças estatisticamente significativas para os cuidadores/familiares dos doentes ostomizados e não ostomizados, pois a ansiedade traço é uma característica da personalidade do indivíduo e não é facilmente alterável, facto pelo qual esta não se alterou em consequência da doença do doente.

Relativamente à exaustão familiar, e tendo em conta que os cuidadores/familiares do presente estudo apresentaram níveis significativos de exaustão familiar, não havendo, contudo, diferenças entre os familiares dos doentes ostomizados e os familiares dos doentes não ostomizados, pode afirmar-se que a exaustão familiar está relacionada com o facto de prestar cuidados a um

doente com cancro colorectal, independentemente de ser ou não portador de uma ostomia.

A investigação relativa à morbilidade psicológica dos cuidadores/familiares de doentes ostomizados versus familiares de doentes não ostomizados é escassa. Contudo, os resultados encontrados são consonantes com os resultados encontrados por Oberst e James (1985) que referem que a presença de uma colostomia está associada a maior severidade dos problemas psicológicos dos familiares. Também Persson (2004) salienta que viver com a dependência de um doente com uma ostomia afecta emocionalmente a família e a sua vida social.

A maioria dos cuidadores/familiares dos doentes com CCR sofre de distresse psicológico relacionado com a necessidade de expressarem os seus sentimentos e com o medo das consequências desse acto. Este problema aumenta a ocorrência dos problemas psicológicos, sintomas físicos e diminuição da satisfação marital (Porter et al., 2005).

Também Grov e colaboradores (2006) apontam para a existência de uma associação estatisticamente significativa entre a exaustão familiar e a ansiedade e depressão dos cuidadores.

Para reforçar a importância das consequências que cuidar de um doente com cancro acarreta para a saúde global dos cuidadores/familiares, Weitzner e colaboradores (1999) salientam que um elevado número de estudos refere que os familiares cuidadores experienciam um aumento de sintomas de depressão, ansiedade, sintomas psicossomáticos, diminuição das suas funções e actividades, problemas no relacionamento marital e diminuição da saúde física.

Este conjunto de problemas, caracterizado por um elevado nível de *stress* físico e psicológico está, segundo Jansma e colaboradores (2005) directamente relacionado com o aumento da mortalidade e morbilidade dos cuidadores directos, após a morte do seu ente querido.

Ainda relativamente a esta temática, Sisk (2000) evidencia o resultado de dois estudos, nos quais o facto de cuidar por um maior período de tempo aumentava o distresse psicológico e a depressão, sendo de salientar o facto de o cancro ser considerado uma doença crónica, que requer, por parte dos familiares, períodos longos de prestação de cuidados, aumentando deste modo a sua morbilidade psicológica.

No entender de Séoud e colaboradores (2007), os cuidadores de doentes com doenças crónicas na generalidade, apresentam elevados níveis de depressão, exaustão familiar e distresse psicológico. Os mesmos autores salientam ainda que os primeiros 5 anos de prestação de cuidados a um idoso doente aumentam em 65% o risco de mortalidade.

Quando se comparam os resultados encontrados no presente estudo com os resultados encontrados em outros estudos, verifica-se que existe bastante similaridade entre eles, sempre que a doença em estudo é uma doença crónica ou coloca em risco a vida do doente. Assim, e citando os resultados de um estudo efectuado aos cuidadores informais dos doentes com Acidente Vascular cerebral (AVC), Visser-Meily (2005) referiu que após um AVC é comum a presença de exaustão familiar, facto que está relacionado com a deterioração da saúde física, vida social e bem-estar dos cuidadores.

Também os cuidadores informais de doentes portadores de doenças mentais se veem confrontados com elevados níveis de distress (Lauber et al., 2003). A exaustão familiar a nível físico, emocional, social e financeiro representa, de igual modo, um enorme desafio para os cuidadores (Chou et al., 2002). Os mesmos autores revelam ainda que vários estudos apontam para um elevado número de cuidadores com depressão em consequência de cuidarem de um doente mental.

Tennstedt e colaboradores (1992) referem que um terço de 415 cuidadores, que cuidaram de idosos com limitações físicas, evidenciou sintomas de depressão. Também Schrag e colaboradores (2006) salientam que a exaustão provocada pela prestação de cuidados a uma pessoa com uma doença crónica está associada a elevados níveis de stress dos cuidadores e alterações do seu funcionamento psicossocial.

No que concerne à morbilidade psicológica dos cuidadores/familiares, Campbell (2003) salienta que os cuidadores sofrem de elevados níveis de ansiedade e depressão para além de múltiplas doenças físicas. O mesmo autor refere ainda que a incidência de depressão entre os cuidadores de pessoas com demência foi estimado entre 40 e 50%. Estes cuidadores reduziram as suas actividades sociais e laborais, o que, conjuntamente com a necessidade de

comprar equipamentos e medicamentos adequados, veio provocar um elevado desequilíbrio financeiro.

Um outro estudo efectuado a esposas de doentes com enfarte agudo de miocárdio, mostrou que estas apresentavam elevados níveis de depressão, ansiedade e culpa, para além de níveis de *distress* idênticos aos dos doentes (Bedsworth & Molen, 1982).

Schrag e colaboradores (2006) observaram, num estudo efectuado a 116 esposas de doentes com doença de Parkinson, que mais de 40% dos familiares referiram que a sua saúde física sofreu graves alterações em consequência de cuidar do doente; 2/3 referiram que as suas relações familiares quer com familiares chegados quer com os familiares mais distantes sofreram um impacto negativo significativo; mais de metade referiram um aumento dos estados depressivos, sendo este aumento comparável com o verificado na doença de Alzheimer onde a depressão afecta 50% dos cuidadores.

Visser-Meily e colaboradores (2005) evidenciaram a necessidade de suporte emocional e instrumental por parte dos familiares, tendo em conta que a depressão dos cuidadores pode ser pior que a dos doentes, facto que dificulta a sua reabilitação.

Pela literatura apresentada verificou-se que independentemente do tipo de doença, o facto de cuidar de um doente com doença crónica altera drasticamente a qualidade de vida do cuidador/familiar, nomeadamente ao nível físico, emocional, social e financeiro. Salienta-se a depressão e a exaustão familiar como as consequências mais nefastas do cuidar destes doentes. Estes resultados são similares aos resultados do presente estudo, o que vem realçar a necessidade de criar mecanismos de suporte emocional e instrumental, como forma de ajudar os cuidadores/familiares a melhor lidarem com a necessidade de prestar cuidados a um familiar doente.

Tendo em conta o impacto provocado pelo cancro colorectal na saúde física e psicológica dos cuidadores/familiares não é de mais salientar a importância do apoio psicológico e social ao doente e família, como forma de minimizar as alterações verificadas. Assim, poder-se-ão questionar os resultados obtidos, considerando a hipótese de se verificar um menor impacto da doença

nos cuidadores/familiares, se estes forem providos de todos os apoios necessários.

HIPÓTESE 4

Quanto à possibilidade de existir uma relação positiva entre a morbilidade psicológica dos doentes (ostomizados e não ostomizados) e a exaustão e a morbilidade psicológica dos seus cuidadores/familiares, verificou-se, no presente estudo, a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a morbilidade psicológica dos doentes (ostomizados e não ostomizados) e a exaustão dos seus cuidadores/familiares. No grupo dos doentes ostomizados pôde ainda observar-se que a ansiedade do doente também se correlaciona de forma estatisticamente significativa com a ansiedade e a depressão dos seus cuidadores/familiares.

No grupo dos doentes não ostomizados existe uma relação estatisticamente significativa entre a ansiedade do doente e a exaustão do cuidador/familiar. Verifica-se ainda uma relação estatística moderada entre a ansiedade do doente e a ansiedade e a depressão dos Cuidadores/familiares. Neste grupo de doentes não existe relação estatisticamente significativa entre a depressão dos doentes e a ansiedade e depressão dos seus Vcuidadores/familiares.

Através dos resultados da Análise de Regressão Múltipla constatou-se que a exaustão do cuidador/familiar é influenciada, de forma estatisticamente significativa, pela depressão do cuidador/familiar. Deste modo, conclui-se que a depressão do cuidador/familiar é o principal preditor da exaustão do cuidador/familiar do doente com cancro colorectal, quer este seja ostomizado ou não.

Tendo em conta o efeito nefasto da exaustão familiar na saúde do próprio cuidador/familiar e na reabilitação do doente, considera-se fundamental o despiste precoce da depressão do cuidador/familiar, como forma de garantir uma prestação de cuidados com a máxima qualidade ao doente.

Da literatura consultada, verificou-se que o contacto diário com a dor e o sofrimento do doente com CCR provoca um elevado nível de *stress* na família (Shyu et al., 2004). Kurtz e colaboradores (2005) salientam que a responsabilidade adicional de cuidar dos doentes no seu regresso a casa pode ser muito stressante e afectar a sua saúde psicológica o que por sua vez pode dificultar a qualidade de vida do doente.

No entender de Andrén e Elmstahl (2007), os cuidadores percebem a sua saúde como pior que os indivíduos que não desenvolvem actividades cuidativas e apresentam mais elevados níveis de *distress* psicológico. Os mesmos autores salientam ainda que existem vários aspectos do cuidar que podem afectar a saúde física e psicológica dos cuidadores bem como aumentar significativamente o seu nível de *stress*.

Certos aspectos da doença tais como sintomas físicos ou depressão foram identificados como preditores da depressão dos cuidadores, (Given & Given, 1996). Para além destes aspectos outros factores têm sido apontados como estando relacionados com o aparecimento de depressão nos cuidadores, como por exemplo, o sexo do cuidador, diminuição das suas actividades sociais, saúde física diminuída e interrupção da sua rotina diária (Kurtz et al., 2005).

Hodges e colaboradores (2005) enfatizam a relação familiar como sendo um preditor do *distress* psicológico existente entre doentes e cuidadores, sendo esta mais forte quando a relação existente é a relação marital.

Cameron e colaboradores (2004), por sua vez, enfatizam a importância de uma adequada preparação dos cuidadores antes da alta dos doentes, salientando que, quando os familiares não estão preparados para prestar cuidados no domicílio, se confrontam com alterações significativas na sua saúde física e emocional, pondo em risco, de igual modo, a saúde física e psicológica dos doentes.

Grov e colaboradores (2006) apontam os resultados de vários estudos nos quais encontraram que os níveis de ansiedade e depressão dos cuidadores estão normalmente elevados quando estes estão a cuidar de doentes na área dos cuidados paliativos, salientando a existência de associações estatisticamente significativas entre os níveis de depressão dos cuidadores e o grau de dependência dos doentes relativamente às suas actividades diárias e aos seus níveis de depressão. Encontraram ainda associações significativas entre a

interrupção das actividades diárias dos cuidadores e o estado de saúde dos doentes.

São inúmeras as consequências da exaustão familiar e da morbilidade psicológica (ansiedade e depressão) dos cuidadores na qualidade de vida dos doentes com cancro. A este propósito, Hodges e colaboradores (2005) e Grov e colaboradores (2006) salientam a prevalência de sintomas de *distress* emocional e morbilidade psicológica nos doentes com cancro colorectal e seus cuidadores, evidenciando uma associação significativa entre a saúde física dos cuidadores e a sua ansiedade e depressão.

Para finalizar salienta-se ainda a opinião de Fleming e colaboradores (2006) que referem que a saúde mental e os níveis de depressão dos doentes estão fortemente correlacionados com a saúde mental e os níveis de depressão dos familiares, sendo esta relação fortemente significativa ($p < 0,001$) (Hodges et al., 2005).

Para além da associação entre a morbilidade dos doentes e dos cuidadores, Cameron e colaboradores (2004) referem que quando os cuidadores não conseguem lidar bem com a situação, os doentes apresentam pior reabilitação social, baixa aderência ao tratamento e um aumento significativo do *distress* psicológico.

A importância dos cuidadores informais nos cuidados aos doentes com cancro colorectal assume extrema relevância tendo em conta a cronicidade da doença, o que conduz a um envelhecimento dos doentes. Por este motivo a exaustão familiar e a morbilidade psicológica dos cuidadores representam um elevado prejuízo para os doentes, para o próprio cuidador e também para os serviços de saúde, uma vez que grande parte dos reinternamentos são provocados pela incapacidade familiar para continuar a cuidar dos seus doentes, devido, em grande parte, pelo impacto negativo que o cancro provocou (Kotkamp-Mothes et al., 2005).

Tendo em conta os resultados encontrados e o seu impacto na reabilitação do doente considera-se de extrema importância a criação de mecanismos de apoio, que incluam aspectos sociais, económico-financeiros e psicológicos, como forma de garantir aos cuidadores/famíliares a ajuda necessária para prestarem aos seus doentes cuidados de qualidade, não esquecendo que o seio familiar deverá ser o local de acolhimento ao doente por excelência.

4.2. TESTES DAS ANÁLISES EXPLORATÓRIAS

Apresenta-se seguidamente a discussão das análises exploratórias efectuadas respeitando a ordem pela qual os resultados foram abordados no capítulo anterior, mantendo a separação relativamente aos doentes e familiares.

A discussão pretende evidenciar as conclusões mais relevantes, fundamentando-as, sempre que possível, na bibliografia de suporte.

4.2.1. DISCUSSÃO RELATIVA AOS DOENTES

Da análise efectuada com o objectivo de observar a influência da idade na qualidade de vida, satisfação marital, satisfação sexual, imagem corporal e satisfação do utente face aos cuidados recebidos, os testes efectuados demonstraram, no que concerne à amostra em estudo, que a idade não exerce influência estatisticamente significativa sobre as mesmas, relativamente aos doentes ostomizados.

Em relação aos doentes não ostomizados, a idade influencia de forma significativa algumas das dimensões em estudo, nomeadamente as dimensões relacionadas com a esfera sexual ao nível da qualidade de vida, satisfação marital e imagem corporal. Resultados semelhantes foram referidos por Giuliano e colaboradores (2004), onde evidenciam a relação entre o aumento da idade e o aumento da disfunção erétil. Sánchez-Cruz e colaboradores (2003) referem ainda que a relação existente entre a idade e a disfunção erectil aumenta de forma muito significativa a partir dos 50 anos.

A idade afecta de igual modo a satisfação do doente face à sua imagem corporal. Os resultados encontrados estão em consonância com Tiggemann (2004) que salienta que a satisfação com a imagem corporal diminui com o aumento da idade, sendo esta insatisfação mais problemática na mulher.

Pasetto e colaboradores (2007) salientam que a presença de uma colostomia, temporária ou definitiva, causa problemas psicológicos, especialmente sentidos pelos doentes idosos. A alteração dos seus hábitos no que concerne à defecação e ao funcionamento sexual provoca nestes doentes importantes alterações ao nível da sua qualidade de vida.

Também para Cooper e Faragher (1992), é importante a idade do indivíduo, porque esta vai influenciar o seu ajustamento emocional. O momento em que a doença é diagnosticada no ciclo vital é um factor a ter em conta no ajustamento psicológico do doente. Com o aumento da idade a capacidade de lidar com a doença diminui.

No que concerne ao sexo, e para o grupo de doentes ostomizados, verificou-se que existe relação estatisticamente significativa entre este e a dimensão *satisfação marital*, sendo que os homens se encontram mais insatisfeitos. Estapé (2002) salienta que a presença de uma ostomia provoca no doente diminuição da sua auto-estima em consequência da alteração da sua auto-imagem, factores que contribuem desfavoravelmente para uma relação conjugal satisfatória, tendo em conta que a ostomia, reversível ou não, é fonte de conflitos pessoais, de auto-imagem e de relação.

Depreende-se daqui que as alterações impostas pela presença de uma ostomia apresentam um maior impacto na vida familiar do doente do sexo masculino, pela maior dificuldade que este encontra no cuidado à sua ostomia, ao nível da sua sexualidade e pela maior dificuldade relacionada com a aceitação da mesma (Estapé, 2002).

Quanto ao grupo dos doentes não ostomizados, verificou-se uma maior satisfação dos doentes do sexo masculino face às relações interpessoais estabelecidas com os profissionais de saúde durante o internamento, à sua funcionalidade física, perspectivas futuras e desempenho sexual. Os doentes não ostomizados apresentam uma maior adaptação à doença, o que lhes permite o estabelecimento de relações interpessoais mais eficazes durante o internamento.

No que respeita à satisfação face à sua sexualidade, estes doentes não apresentam alterações significativas após cirurgia, tendo em conta que a técnica cirúrgica utilizada não interfere com os nervos pélvicos, ao contrário do que acontece nos doentes ostomizados nos quais a técnica cirúrgica provoca alterações graves a nível dos nervos pélvicos. Relativamente à dimensão relacionada com o prazer sexual, os doentes do sexo masculino evidenciam maior número de problemas. As mulheres apresentam ainda níveis mais elevados de depressão quando comparadas com os homens.

Relativamente aos maiores níveis de depressão evidenciados pelas mulheres, salientam-se resultados similares referidos por Sprangers e colaboradores (1995) que referem que os níveis de depressão são mais elevados nas mulheres.

Santos, Santos e Abrantes (1996), estudaram a relação entre a psicopatologia e os efeitos associados à quimioterapia em doentes do sexo feminino onde concluíram que mais de metade das doentes apresentavam níveis de depressão e ansiedade moderados a graves e que o tempo de duração da doença e da quimioterapia predispunham a uma vulnerabilidade psicopatológica para a depressão. Verificaram também que à medida que a doença evolui, a gravidade da depressão aumenta, o mesmo não se verificando em relação à ansiedade.

O estado civil parece não ter influência significativa na qualidade de vida do doente ostomizado, no que se relaciona com a amostra em estudo. No grupo de doentes não ostomizados verificou-se a existência de uma relação estatisticamente significativa relacionada com a depressão, sendo os doentes viúvos mais deprimidos que os outros doentes.

Byrne e Raphael (1997) referem que os doentes do sexo masculino e viúvos apresentam níveis de depressão bastante elevados, quando comparados com os indivíduos casados. Os autores salientam o papel dos profissionais de saúde na monitorização contínua destes doentes como forma de prevenir o suicídio.

Em relação às habilitações literárias, não se observou relação estatisticamente significativa entre as habilitações literárias e a qualidade de vida do doente ostomizado. Já quanto ao grupo de doentes não ostomizados, os resultados indicam que quando os doentes são mais literados, percebem menores dificuldades relacionadas com a sua qualidade de vida. Assim, o facto de os doentes não ostomizados serem mais instruídos aumenta a sua capacidade para procurar recursos e informação que possa contribuir para melhorar a sua qualidade de vida.

Relativamente à imagem corporal, os resultados encontrados mostram que os doentes com maiores habilitações literárias estão mais insatisfeitos com a sua

imagem, o que poderá significar que por pertencerem a um meio social mais elevado possuem padrões estéticos mais exigentes.

Quanto à profissão, os resultados encontrados evidenciaram resultados estatisticamente mais significativos para o grupo de doentes não ostomizados, sendo de igual modo de salientar que os doentes com profissões mais diferenciadas apresentam maior satisfação. No que concerne às dimensões relacionadas com sintomatologia, em especial problemas de micção e problemas sexuais, constatou-se que são os doentes reformados os mais afectados. De acordo com Teunissen e colaboradores (2006) estes sintomas estão relacionados com a idade, havendo nos doentes mais idosos um aumento significativo de determinados sintomas, entre os quais, os problemas urinários e sexuais.

Estes resultados evidenciam o facto dos doentes reformados apresentarem um conjunto bastante significativo de limitações impostas pela idade. Os doentes com uma vida profissional activa apresentam uma menor média de idades, por conseguinte menor sintomatologia associada e menores limitações.

No que concerne aos tratamentos efectuados e tratamentos actuais, verificou-se que a quimioterapia, com os seus efeitos adversos, foi a dimensão que mais impacto teve na qualidade de vida dos doentes em ambos os grupos (ostomizados e não ostomizados). Estes resultados estão largamente documentados na literatura consultada, enfatizando o impacto negativo dos efeitos adversos da quimioterapia na qualidade de vida dos doentes com CCR. Na realidade, Arndt e colaboradores (2006) salientam que doentes com CCR submetidos a cirurgia e quimioterapia apresentam maiores problemas, nomeadamente na função emocional, social, e em determinados sintomas, tais como, fadiga, dispneia, insónia, obstipação e diarreia. Por sua vez, Rosman (2004) enfatiza o impacto da alopecia induzida pela quimioterapia, referindo que esta é um dos efeitos adversos que mais problemas psicológicos origina, em especial, relacionados com a auto-imagem, auto-estima e auto-percepção, particularmente nas mulheres.

Como se pôde observar a partir dos resultados anteriormente apresentados, as variáveis sócio-demográficas e clínicas evidenciam uma influência muito reduzida nos doentes ostomizados, quando comparados com os doentes não ostomizados. Tendo em conta que a análise efectuada às

hipóteses em estudo, e no que concerne à nossa amostra, comprovou que os doentes ostomizados apresentam uma diminuição da sua qualidade de vida em todas as variáveis estudadas, pode depreender-se que o impacto de ter uma ostomia é tão profundo que todos os outros aspectos são considerados como irrelevantes pelo doente ostomizado. Este facto põe em evidência a necessidade de se criarem mecanismos de apoio que consigam reduzir o impacto da ostomia, em todas as dimensões da vida do doente, nomeadamente a física, psíquica e social.

4.2.2. DISCUSSÃO RELATIVA AOS CUIDADORES/FAMILIARES

Através das análises exploratórias efectuadas a partir das variáveis sócio-demográficas aos cuidadores/familiares, constatou-se que o sexo se relaciona de forma estatisticamente significativa com a exaustão do Cuidador/familiar, sendo os do sexo feminino os mais afectados. Relativamente a este aspecto, Glajchen e colaboradores (2005) referem que os cuidadores familiares quando confrontados com um cancro no seu ente querido experimentam importantes constrangimentos físicos, psicológicos, sociais e financeiros. Northouse e colaboradores (2000) referem que quando os cuidadores são as esposas apresentam mais distresse emocional que o próprio doente o que aumenta de forma significativa a sua exaustão familiar.

De forma a enfatizar estes aspectos, vários estudos apontam o sexo dos cuidadores/familiares como um dos principais factores de risco para o desenvolvimento da depressão, evidenciando que os níveis de depressão tendem a ser maiores se o cuidador for mulher e esposa (Kurtz et al., 2005; Sisk, 2000).

SisK (2000), referindo outros estudos, salienta ainda que se o cuidador for do sexo feminino e estado civil casado, este risco aumenta, tendo em conta a necessidade de balancear as actividades de cuidar do doente e da restante família.

Quanto às habilitações literárias, verificaram-se resultados estatisticamente significativos relativamente à depressão, para ambos os grupos, e à ansiedade traço para o grupo dos cuidadores/familiares dos doentes não ostomizados, sendo que quanto mais elevadas forem as habilitações literárias, menores os níveis de ansiedade e depressão. Estes resultados parecem estar relacionados com o facto de os cuidadores/familiares com habilitações literárias mais elevadas

possuírem à partida profissões melhor remuneradas, o que diminui os problemas sócio-económicos decorrentes do facto de cuidar de um familiar doente e aumenta a sua capacidade para procurarem informação relacionada com a doença.

Contudo, apesar de não haverem estudos que apontem a relação entre as habilitações literárias e a depressão e ansiedade traço, vários autores salientam o impacto negativo das dificuldades sócio-económicas na depressão e na exaustão familiar dos cuidadores/familiares. Neste sentido, Campbell (2003) salienta que a incidência de depressão entre os cuidadores de pessoas com doença crónica foi estimado entre 40 a 50%. Estes cuidadores reduziram as suas actividades sociais e laborais, o que, conjuntamente com a necessidade de comprar equipamentos e medicamentos adequados, veio provocar um elevado desequilíbrio financeiro.

Andrén e Elmstahl (2007) salientam que é frequente os familiares cuidadores apresentarem dificuldades financeiras como resultado de cuidarem do doente por longos períodos. Os autores referem ainda que, a elevados níveis de depressão dos cuidadores estão associados baixos recursos económicos, ser esposa ou filha, grande número de horas dispendidas a cuidar do doente e menor saúde funcional.

Outra das relações encontradas é entre a variável *Relação com o Doente* e a depressão, sendo esta mais elevada quando o cuidador é a esposa. Weitzner e colaboradores (1999) salientam que os familiares experimentam um aumento dos sintomas de depressão, ansiedade, sintomas psicossomáticos, restrição nas suas actividades e funções, constrangimentos na relação marital e diminuição da sua saúde física, sendo que quando a relação existente com o doente é o ser esposa, estas podem apresentar tanto ou mais *distress* que os próprios doentes.





CAPITULO 5. CONCLUSÕES

5.1. CONCLUSÕES

Procedeu-se em capítulos anteriores à apresentação dos resultados dos testes de hipóteses e das análises exploratórias. Passou-se em seguida para a sua discussão, efectuando de forma crítica uma comparação constante com o enquadramento teórico que lhe deu suporte. Seguidamente, neste capítulo, serão abordadas as principais conclusões subseqüentes a este estudo, bem como as suas limitações e implicações.

O CCR constitui, pela sua morbilidade e mortalidade, um importante desafio para os profissionais de saúde, para os doentes e para aqueles que com o doente coabitam.

O seu aparecimento está intimamente ligado aos estilos de vida adoptados sendo uma doença dos países desenvolvidos, o que torna a prevenção primária um dos maiores desafios da comunidade científica. Esta prevenção primária envolve a diminuição da ingestão de gorduras animais e de alimentos calóricos e o aumento de frutas e vegetais, enfatizando desta forma o consumo de fibras alimentares.

O tratamento do CCR apresenta várias modalidades das quais se salientam a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia. A morbilidade associada à quimioterapia e à radioterapia é elevada, facto que conduz a uma fraca adesão terapêutica, se não houver um adequado acompanhamento e informação ao doente e família, por parte dos profissionais de saúde. A cirurgia do cancro rectal e anal exige a excisão do ânus e recto, com a conseqüente formação de uma ostomia, o que impõe ao doente elevados custos físicos, psicológicos, familiares e sociais.

O indivíduo com CCR confronta-se diariamente com um elevado número de stressores, não só relacionados com o diagnóstico e tratamento, mas com um conjunto de alterações psicológicas que acompanham o doente em todo o seu percurso de vida, e que estão de um modo geral, associadas ao medo de

recidivas, à dependência dos cuidadores, às alterações da sua imagem corporal, sexuais e familiares impostas pela própria doença e ao medo da morte.

No que concerne às alterações da imagem corporal, de um modo geral, relacionadas com a presença de uma ostomia, verificadas no presente estudo, é de realçar a necessidade de um maior investimento por parte dos profissionais de saúde no que concerne à criação de mecanismos de apoio ao doente e família tendo em conta a sua reabilitação física e psicológica. A aceitação da ostomia tem implicações bastante positivas relativamente à diminuição da morbilidade psicológica do doente.

A sexualidade é outra das áreas mais afectadas pelos tratamentos que o cancro colorectal implica, sendo esta mais acentuada nos doentes do sexo masculino, pela disfunção sexual que pode acarretar. Esta disfunção é, também, consequência de um conjunto de factores onde estão incluídos os factores psicológicos, como por exemplo, alterações de humor, perda de controlo, preocupação relacionada com o cancro e dificuldades de relação provocadas, em geral, por uma comunicação empobrecida e pelo medo de rejeição (Barsevick et al., 2000).

A sexualidade exige, de igual forma, uma atitude concertada por parte de toda a equipa de saúde, com o objectivo de informar e esclarecer as dúvidas existentes, contribuindo deste modo para uma diminuição activa dos problemas relacionais com que o doente e a família se confrontam.

No que se relaciona com as implicações na qualidade de vida do doente e da família, são várias as dimensões nas quais ocorrem alterações significativas. Contudo, são de salientar as alterações psicológicas, nomeadamente a ansiedade e depressão, pela sua importância e pela intensidade com que se apresentam.

Da realização deste trabalho, que visa analisar o impacto do CCR no doente e família, com vista a um aumento do conhecimento que permita aos enfermeiros a criação e implementação de novas estratégias de cuidar, extraíram-se as seguintes conclusões:

-
- Os doentes ostomizados apresentam pior qualidade de vida comparativamente com os doentes não ostomizados, sendo as diferenças mais acentuadas ao nível da saúde em geral, da qualidade de vida global, da funcionalidade física, do desempenho sexual e da perspectiva futura;
 - A presença de uma ostomia impõe ao doente uma nova imagem corporal, mais desagradável, o que tem como consequência um maior isolamento social;
 - A morbilidade psicológica encontra-se, de igual modo, afectada pela presença de uma ostomia, sendo os doentes ostomizados mais ansiosos e deprimidos que os doentes não ostomizados;
 - Existe uma relação negativa significativa entre a ansiedade e depressão dos doentes e a sua qualidade de vida, sendo esta relação mais acentuada com a Qualidade de vida global, o prazer sexual e a imagem corporal, no grupo dos doentes ostomizados. No que concerne aos doentes não ostomizados existe uma relação significativa entre a ansiedade e a depressão e as várias dimensões da qualidade de vida, nomeadamente com as relacionadas com a funcionalidade e a sintomatologia;
 - Verificou-se ainda que existe uma forte relação positiva entre a satisfação sexual e a satisfação marital. Não se verificou, no entanto, relação estatisticamente significativa entre a imagem corporal e a satisfação marital e sexual;
 - Constatou-se que os factores preditores da Qualidade de Vida Emocional dos Doentes são a ansiedade, a depressão, o facto de ser ou não ostomizado e a exaustão familiar.
 - Relativamente à Qualidade de Vida Física observou-se que os seus principais preditores são a idade, o facto de ser ou não ostomizado e a depressão.
 - Concluiu-se também que os cuidadores/familiars dos doentes ostomizados apresentam maiores níveis de depressão e de ansiedade estado que os cuidadores/familiars dos doentes não ostomizados; não se encontraram diferenças significativas ao nível da ansiedade traço e da exaustão do cuidador/familiar. Este resultado parece indicar que o principal problema com que os cuidadores/familiars se debatem, no que respeita à exaustão, é a necessidade de cuidar de um doente com cancro, independentemente de ter ou não uma ostomia. Relativamente aos níveis de depressão dos cuidadores/familiars, conforme encontrado em inúmeros estudos

consultados, esta correlaciona-se positivamente com a depressão dos doentes.

- Após compararmos a morbilidade psicológica e a exaustão dos cuidadores/familiares e a morbilidade psicológica dos doentes, concluiu-se que a morbilidade psicológica dos doentes está positivamente relacionada com a exaustão dos seus cuidadores, nos doentes ostomizados e não ostomizados. Também a ansiedade e depressão dos doentes está positivamente relacionada com a ansiedade e depressão dos cuidadores. Este facto vem corroborar os resultados encontrados em diversa literatura que apontam para a existência desta relação e para a forma como esta pode diminuir a qualidade de vida dos doentes e cuidadores. Da análise de regressão múltipla concluiu-se que a depressão dos cuidadores é o principal preditor da exaustão.
- A idade, no grupo de doentes não ostomizados, relaciona-se significativamente com várias dimensões da qualidade de vida, sendo esta associação mais significativa nas dimensões relacionadas com o desempenho sexual e os problemas sexuais masculinos, nos quais a maior idade corresponde menor qualidade de vida. Para o grupo dos doentes não ostomizados, verificou-se ainda a existência de associação entre a idade e a satisfação marital e imagem corporal sendo que quanto maior a idade, maior a insatisfação com a sua imagem corporal e maior a satisfação com a relação marital.
- Concluiu-se ainda que a idade não está associada à qualidade de vida do doente ostomizado, em nenhuma das dimensões em estudo, o que pode significar que, em presença de uma ostomia e tendo em conta que os doentes ostomizados apresentam pior qualidade de vida que os doentes não ostomizados, as inúmeras dificuldades sentidas estão fortemente associadas apenas à ostomia.
- Não se observou relação significativa entre a satisfação do doente face aos cuidados de saúde recebidos e a sua qualidade de vida, o que pode ser devido ao desfazamento entre a alta hospitalar e a aplicação dos instrumentos.



5.2. LIMITAÇÕES

Qualquer estudo efectuado na área das Ciências Humanas manifesta um conjunto maior ou menor de limitações que deverão ser obrigatoriamente consideradas na avaliação dos resultados, exigindo algum cuidado na sua interpretação e extrapolação.

Em primeiro lugar convém salientar o facto de ser uma amostra de conveniência, em que o número de doentes ostomizados é de reduzidas dimensões, não permitindo efectuar a validação de alguns dos instrumentos de avaliação, em particular os instrumentos de satisfação marital e sexual.

No que diz respeito à amostra de cuidadores/familiares, verificou-se que um grande número de cuidadores/familiares não acompanhava o doente ao hospital. Deste modo, a amostra reduzida de cuidadores/familiares limitou igualmente a interpretação dos resultados.

Verificou-se ainda outra limitação que se refere ao facto da amostra corresponder unicamente a uma população da região do Distrito de Setúbal, facto que constitui também uma limitação na extrapolação dos resultados. Considera-se que seria interessante alargar o estudo de forma a seleccionar uma amostra representativa da população de todo o país.

Por fim, o facto da validação dos instrumentos ter sido efectuada na própria amostra do estudo constitui também uma limitação.

5.3. IMPLICAÇÕES PARA O CUIDAR

Como principais implicações salientam-se a produção de conhecimentos relativos à qualidade de vida dos doentes com CCR e seus cuidadores/familiares, de modo a facilitar a tomada de decisão por parte dos enfermeiros e restantes profissionais de saúde.

Sobressaiu deste estudo a necessidade constante e efectiva de olhar o doente de uma forma holística, valorizando a relação de ajuda e a educação para a saúde como forma de proporcionar ao doente e cuidador/família uma melhor adaptação à doença e a consequente melhoria da sua qualidade de vida.

Em termos **clínicos** o presente estudo, efectuado em doentes com cancro colorectal, veio evidenciar algumas variáveis importantes para a compreensão do impacto do cancro colorectal no doente e no cuidador/família. Pretendeu-se contribuir para a compreensão das variáveis individuais em termos da qualidade de vida, morbilidade psicológica, satisfação marital e sexual bem como da satisfação do utente, no que concerne às alterações impostas ao doente pelo CCR. Com este estudo, pretendeu-se também contribuir para a compreensão das variáveis relativas ao cuidador/familiar, nomeadamente a exaustão e a morbilidade psicológica.

Tendo por base o importante impacto da morbilidade psicológica do doente e cuidador/família convém não esquecer a importância do apoio psicológico ao longo de todo o processo de doença, tendo em conta que as alterações psicológicas acompanham o doente em todo o percurso de vida após o diagnóstico.

De salientar que, no grupo de doentes ostomizados, a imagem corporal está profundamente alterada em consequência da necessidade de uma ostomia, o que implica a mobilização de um conjunto de estratégias de ensino e de apoio por parte dos profissionais de saúde, de modo a proporcionar ao doente e

cuidador/família o espaço necessário para o esclarecimento de dúvidas e receios, minimizando ao máximo o impacto negativo da doença.

Tendo por base esta necessidade de apoio por parte do doente e familiares, considera-se que o enfermeiro tem um papel importante na adaptação do doente à nova situação através da implementação de um programa efectivo de educação, que envolva a família e cujos objectivos passem, não só pelo ensino dos cuidados necessários dirigidos à ostomia, como também pela preparação psicológica do doente e família, contribuindo para uma melhor adaptação e aceitação de si próprio.

Um dos contributos do presente estudo, no que respeita ao nível **teórico**, é tornar evidente a enorme quantidade de aspectos da vida do doente e seus cuidadores/famíliares que são afectadas no confronto com o aparecimento de um CCR. Não basta analisar o impacto do cancro colorectal apenas ao nível físico, girando em torno da taxa de sobrevida e da metastização da doença. Estes aspectos são deveras importantes. No entanto, uma elevada sobrevivência acompanhada de elevados índices de ansiedade e depressão limita drasticamente a qualidade de vida dos doentes e dos seus cuidadores/famíliares, conduzindo-os a uma vida sem sentido, na busca constante do esquecimento da doença.

Os profissionais de saúde, e em particular os enfermeiros, devem centrar o seu trabalho nas relações com os doentes e seus familiares, para que os cuidados que prestam sejam individualizados e centrados nos doentes, não esquecendo nunca que os doentes são primeiro pessoas e só depois doentes.

Em termos de **investigação**, considera-se importante estender este estudo a uma amostra de maiores dimensões, comparando as variáveis em estudo em dois momentos distintos, nomeadamente aos 3 e 12 meses após a alta, de forma a poder avaliar-se em que sentido é que o factor tempo influencia a qualidade de vida, a morbilidade psicológica, a satisfação marital, a satisfação sexual e a satisfação do utente face aos cuidados recebidos do doente e a morbilidade psicológica e a exaustão do cuidador/família.

Tendo em conta o facto da amostra dos cuidadores/familiares ter sido reduzida e dada a relevância de que se reveste o apoio familiar na adesão terapêutica e na reabilitação do doente, considera-se fundamental a continuação da investigação nesta área.

Como se pôde observar, através dos resultados do presente estudo e da bibliografia consultada, o cônjuge é o principal cuidador, pelo que estudos futuros deveriam incidir ainda mais sobre o impacto da doença no cônjuge, para aumentar o conhecimento face aos mecanismos a desenvolver pelos profissionais de saúde, de modo a prevenir o aparecimento de exaustão no cuidador.

No que concerne à **prática profissional**, é urgente criar mecanismos de suporte emocional e instrumental, como forma de ajudar os doentes a desenvolver mecanismos de adaptação à doença, promovendo deste modo uma melhoria significativa da sua qualidade de vida. Sendo a sexualidade e a aceitação da ostomia aspectos com um profundo impacto na qualidade de vida dos doentes ostomizados, é imperiosa a adopção de medidas baseadas na comunicação e na correcta informação ao doente e família, não esquecendo que foi esta a dimensão que evidenciou menos satisfação por parte dos doentes face aos cuidados recebidos.

Quanto aos cuidadores/familiares é imperioso o desenvolvimento de estratégias baseadas no apoio emocional e social, na informação e na educação para a saúde, proporcionando-lhes as competências necessárias para melhor lidarem com a necessidade de prestar cuidados de qualidade a um familiar doente.

Ainda no que concerne aos cuidadores/familiares, e tendo em conta o efeito nefasto da exaustão na saúde do próprio cuidador/familiar e na reabilitação do doente, considera-se fundamental o despiste precoce da depressão do cuidador/familiar, por parte dos profissionais de saúde, como forma de garantir uma prestação de cuidados com a máxima qualidade ao doente.

Muitos serão os aspectos a melhorar na nossa prática diária. Importa, no entanto, salientar que o percurso profissional se constrói com base em

aprendizagens constantes e que a mudança de comportamentos e atitudes por parte dos profissionais de saúde se reveste de suma importância em qualquer momento do seu percurso profissional, pois é sempre possível contribuir para a excelência da qualidade do cuidados que se prestam.

Esta abertura para a mudança será um dos contributos mais importantes para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, que se pretende atingir com a elaboração deste trabalho.



CAPÍTULO 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abir, F., Alva, S. & Longo, W. (2004). The management of rectal câncer in the elderly. *Surgical Oncology*, 13(4), 223-234.
- Adamson, G. (2003). Patient empowerment in cancer management healing the whole person. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 9(3), 109-113.
- Aiken, L.S. & West, S. G. (1991). *Multiple regression: testing and interpreting interactions*. Newbury Park, C.A. Sage.
- Allal, A., Gervaz, P., Gertsch, P., Bernier, J., Roth, A., Morel, P., Bieri, S. (2005). Assessment of quality of life in patients with rectal cancer treated by preoperative radiotherapy: a longitudinal prospective study. *International Journal of Radiation Oncology. Biology. Physics*, 61(4), 1129-1135.
- Andrén, S. & Elmstahl, S. (2007). Relationships between income, subjective health and caregiver burden in caregivers of people with dementia in group living care: A cross-sectional community-based study. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 435-446.
- Andrews, B., Hejdenberg, J., Wilding, J. (2006). Student anxiety and depression: comparison of questionnaire and interview assessments. *Journal of Affective Disorders*, 95(1-3), 29-34.
- Anthony, T., Jones, C., Antoine, J., Sivess-Franks, S., Turnage, R. (2001). The effect of treatment for colorectal cancer on long-term health-related Quality of Life. *Annals of Surgical Oncology*, 8(1), 44-49.
- Astudillo, W., Mendinueta, C. & Astudillo, E. (2002). *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su família*. 4ª ed. Pamplona, EUNSA.
- Araújo-Soares, V. (1999). *É possível viver apesar da dor!...Avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica multimodal em doentes com dor crónica*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade do Minho, Braga.
- Archer, L., Biscals, J. & Oswaild, W. (Eds) (1996). *Bioética*. Lisboa, Editorial Verbo.
- Arndt, V., Merx, H., Stegmaier, C., Ziegler, H., Brenner, H. (2006). Restrictions in quality of life in colorectal cancer patients over three years after diagnosis: A population based study. *European Journal of Cancer*, 42, 1848-1857.

-
- Aviram, I. & Amichai-Hamburger, Y. (2005). Online infidelity: Aspects of Dyadic Satisfaction, Self-disclosure, and Narcissism. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 10(3), article 1.
- Ayanian, J., Zaslavsky, A., Guadagnoli, E., et al. (2005). Patients perceptions of quality of care for colorectal cancer by race, ethnicity, and language. *Journal of Clinical Oncology*. 23, 6576-6586.
- Barsevick, A. (2000). Psychosocial responses to cancer. In: Yarbro, C., Frogge, M., Goodman, M., Groenwald, S. *Cancer Nursing: Principles and Practice*. 5^a ed., London, Jones and Bartlett Publishers.
- Barton-Burke, M., Wilkes, G., Ingwerson, K. (2001). *Cancer Chemotherapy: A Nursing Process Approach*. Massachusetts, Jones and Bartlett Publishers, 3^aed.
- Beck, A. (1961). An Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A., Steer, R. & Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Bedsworth, J.A: & Molen, M.T. (1982). Psychological stress in spouses of patients with myocardial infarction. *Heart & Lung*, 11, 450-456.
- Behrend, S. (2000). Radiotherapy administration and techniques. In: Yarbro, C., Frogge, M., Goodman, M., Groenwald, S. *Cancer Nursing: Principles and Practice*. 5^a ed., London, Jones and Bartlett Publishers.
- Bekkers, M.J., Van Knippenberg, F.C., Van Dulmen, A.M., Van den Borne, H.W., Van berge Henegouwen, G.P. (1997). Survival and psychological adjustment to stoma surgery and non-estoma bowel resection: a 4 years followw-up. *Journal of Psychosomatic research*, 42, 235-244.
- Bjelland, I., Dahl, A., Haug, T., Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77.
- Blijham, G.H., Labianca, R. & Bleiberg, H. (1997). Should patients with advanced colorectal câncer be treated with chemotherapy?. *European Journal of Cancer*, 33(6), 815-924.
- Bloom, J., Kang, S. & Romano, D. (1991). *Cancer abd stress: Psychological, Biological and Coping Studies*. Nova Iorque, John Wiley.

- Borwell, B. (1997). *Developing sexual. Helping skills: A guide for nurses*. Berkshire, Medical Projects International.
- Bresalier, Robert; Kim, Young (1998). In: Sleisenger, Marvin; Feldman, Mark; Scharschmidt, Bruce (1998). *Gastrointestinal and Liver Disease. Pathophiology, Diagnosis, Management* (6th ed., Vol.2). Saunders, USA, Pages 1053 – 2046.
- Breitbart, W., Stiefel, F., Kornblith, A. & Holland, J. (1991). Psychiatric disturbance in cancer patients receiving high-dose corticosteroids: A prospective study. *General Hospital Psychiatry*, 13(1), 365.
- Brown, M. & Stetz, K. (1999). The labor of caregiving: A theoretical model of caregiving during potentially fatal illness. *Qualitative Health Research*, 9(2), 182-197.
- Bub, D., Rose, S., Wong, W. (2003). *100 Questions & answers about colorectal cancer*. Massachusetts, Jones and Bartlett Publishers.
- Burnstein, M. (1993). Dietary factors related to colorectal neoplasms. In: J. Murray. *The surgical Clinics of North America. Colorectal Cancer*. Massachussets: W.B. Saunders Company.
- Byrne, G.J. & Raphael, B. (1997). Depressive symptoms and depressive episodes in recently widowed old men. *International Psychogeriatrics*, 11, 67-74.
- Calvo, F., Romasanta, A., Ortiz de Urbina, D. (2002). Avances en radioterapia. Tecnología y bio-farmacología. In V. Guillem. *Avances en oncología*. Madrid, Arán Ediciones, S.L.
- Cameron, J.I., Shin, J.L., Williams, D., Stewart, D.E., (2004). A brief problem-solving intervention for family caregivers to individuals with advanced cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 137-143.
- Camilleri-Brennan, J. & Steele, R. (2001). The impact of recurrent rectal cancer on quality of life. *European Journal of Surgery Oncology*, 27, 349-353.
- Campbell, T.L. (2003). *The effectiveness of family interventions for physical disorders*. April, s.p.
- Camp-Sorrell, D. (2000). Chemotherapy: Toxicity Management. In C. Yarbro, M. Frogge, M. Goodman, S. Groenwald. *Cancer Nursing: Principles and Practice* (5^a ed.). London, Jones and Bartlett Publishers.
- Carlson, L., Bultz, B. (2003a). Benefits of psychosocial oncology care: improved quality of life and medical coast offset. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(8), s.pg.

-
- Carlson, L., Bultz, B. (2003b). Cancer distress screening. Needs, models, and methods. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 403-409.
- Carroll, B.T.; Kathol, R.G.; Noyes, R.Jr.; Wald, T.G.; Clamon, G.H. (1993). Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety And Depression Scale. *General Hospital Psychiatry*, 15, 69-74.
- Cataldo, P. & MacKeigan, J. (2004). *Intestinal Stomas: Principles, techniques, and management* (2^a ed.). New York, Marcel Dekker, Inc.
- Cesaretti, I. & Leite, M. (2001). Bases para o cuidar em estomaterapia. In, V. Santos & I. Cesaretti. *Assistência em estomaterapia: Cuidando do ostomizado*. Rio de Janeiro, Atheneu.
- Chou, K-R. (2000). Caregiver burden: A concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(6), 398-407.
- Chou, K.R.; Liu, S.Y.; Chu, H. (2002). The effects of support groups on caregivers of patients with Schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 713-722.
- Clayton, B. & Stock, Y. (2004). *Basic Pharmacology for nurses*. 13th edition, USA, Mosby.
- Cohen, L. & Holliday, M. (1982). *Statistics for social Scientist*. London, Harper & Row.
- Cohen, Z. & McLeod, R. (2004). Quality of life with a stoma. In P. Cataldo & J. MacKeigan. *Intestinal Stomas: Principles, techniques, and management*. 2^a ed., New York, Marcel Dekker, Inc.
- Cohen A., Winawer, S. (1995) *Câncer of the cólon and rectum and ânus*. St. Louis: McGraw-Hill.
- Collière, M.F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Colyer, Hazel (2003). The context of radiotherapy care. In Faithfull, Sara; Wells, Mary (2003). *Supportive care in radiotherapy*. UK, Churchill Livingstone.
- Cooper, C. & Faragher, E. (1992). Coping strategies and breast disorders. *Psychological Medicine*, 22, 447-455.
- Corner, Jessica (2003). Foreword. In Faithfull, Sara; Wells, Mary (2003). *Supportive care in radiotherapy*. UK, Churchill Livingstone.
- Costa, M.A. (2004). Relação enfermeiro-doente. In M.C. Neves & S. Pacheco. *Para uma ética da enfermagem. Desafios*. Coimbra, Gráfica de Coimbra.

- Cotrim, H. (1998). *Qualidade de vida dos Indivíduos colostomizados*. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Cotter, J. (2004). *Requiem pelo cancro do cólon*. Comemoração dos 20 anos do Núcleo de Gastreenterologia dos Hospitais Distritais, Abri, 6.
- Couvrer, C. (1999). *A qualidade de vida. Arte para viver no século XXI*. Camarate: Lusociência.
- Cruz G., Ferreira R., Neves P. (2004) Amputação Abdominoperineal: Uma Cirurgia Fora de Moda? - Estudo Retrospectivo de 135 Cirurgias Realizadas ao Longo de Quatro Décadas. *Revista brasileira de Coloproctologia*, 24(2): 103-118.
- Curado, A. (2004). *Historial do Núcleo de Gastreenterologia dos Hospitais Distritais*. Comemoração dos 20 anos do Núcleo de Gastreenterologia dos Hospitais Distritais, Abri, 6.
- Cutsen, E. (2003). Commentary. *Advances in Gastrointestinal Cancers*, 1(3), 11.
- Dahlberg , M., Glimelius, B., Graf, W. & Pählman, L. (1998). Preoperative irradiation affects functional results after surgery for rectal cancer. *Disease Colon Rectum*, 41, 543-551.
- Deeken, J., Taylor, K., Mangan, P., Yabroff, R., Ingham, J. (2003). Care for the caregivers: A review of self-report instruments developed to measure the burden, needs and quality of life of informal caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 26(4)922-953.
- Decker-Baumann, C., Buhl, K., Frohmüller, S., Herbay, A., Dueck, M. & Schallag, P. (1999). Reduction of Chemotherapy-induced side-effects by parenteral glutamine supplementation in patients with metastatic colorectal cancer. *European Journal of Cancer*, 35(2), 202-207.
- Devita, V. T. J.; Hellmann, S. & Rosenberg, S. A. (1997). *Cancer: Principles & Practice of Oncology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ducharme, F., Lévesque, L., Lachance, L., Zarit, S., Vézina, J., Gangdè, M. & Caron, C. (2006). Older husbands as caregivers of their wives: A descriptive study of the context and relational aspects of care. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 567-579.
- Dunn, J., Lynch, B., Aitken, J., Leggett, B., Pakenham, K., Newman, B., (2003). Quality of life and colorectal cancer: a review. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 27, 41-53.

-
- Eide, H., Graugaard, P., Holgersen, K., Finset, A. (2003). Physician communication in different phases of a consultation at an oncology outpatient clinic related to patient satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 51, 259-266.
- Ekwall, A., Sivberg, B., Hallberg, I. (2005). Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 23-32.
- Ellis, C. & Saddler, D. (2000). Colorectal Cancer. In C. Yarbro, M. Frogge, M. Goodman & S. Groenwald. *Cancer Nursing: Principles and Practice*. 5^a ed., London, Jones and Bartlett Publishers.
- Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A., Eckel, R., Sauer, H., Hölzel, D. (2003). Quality of life in rectal cancer patients. A four-year prospective study. *Annals of Surgery*, 238(2), 203-213.
- Etapé, T. (2002). Disfunções sexuais em pacientes de câncer. In: Dias, M., Durá, E. *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Faithfull (2003). Assessing the impact of radiotherapy. In S. Faithfull & M. Wells. *Supportive Care in Radiotherapy*. London, Churchill Livingstone.
- Faithfull, S. & Wells, M. (2003). *Supportive Care in Radiotherapy*. London, Churchill Livingstone.
- Ferrel, B., Dow, H., Grant, M. (1995). Measurement of the quality of life in cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 22(6), 523-531.
- Ferrel, B & Grant, M. (2003). Quality of life and symptoms. In, King, C., Hinds, P. *Quality of life: from nursing and patient perspectives*. Massachusetts, Jones and Bartlett Publishers.
- Fitzpatrick, R. (1993). Scope and measurement of patient`s satisfaction. In, R. Fitzpatrick & A. Hopkins (Eds). *Measurement of patients satisfaction with their care*. London Royal College of Physicians of London.
- Fitzpatrick, R. (1997). Patient satisfaction. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West & C. Manus (Eds). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge: University Press.
- Flanagan, J. (2001). Clinically effective cancer care; working with families. *European Journal of Oncology Nursing*, 5(3), 174-179.
- Fleming, D., Sheppard, V., Mangan, P., Taylor, K., Tallarico, M., Adams, I., Ingham, J. (2006). *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(5), 407-420.

- Fokdal, L., Hoyer, M., Meldgaard, P. & Maase, H. (2004). Long-term bladder, colorectal, and sexual functions after radical radiotherapy for urinary bladder cancer. *Radiotherapy and Oncology*, 17, 139-145.
- Forshaw, M. (2002). *Essential health psychology*. London, Arnold.
- Giuliano, F., Leriche, A., Jaudinot, E., Solesse de Gendre, A. (2004). Prevalence of erectile dysfunction among 7689 patients with diabetes or Hypertension, or both. *Adult Urology*, 64(6), 1196-1201.
- Given, B. & Given, C. (1996). Family caregiver burden from cancer care. In R. McCorkle, M. Grant, M. Frank-Stromberg, S. Baird. *Cancer Nursing: a comprehensive textbook*. Philadelphia: W.B. Saunders, 93-109.
- Glajchen, M., Kornblith, A., Homel, P., Fraidin, L., Mauskop, A., Portenoy, R. (2005). Development of a Brief Assessment Scale for Caregivers of the Medically Ill. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(3), 245-254.
- Goodman, M. (2000). Chemotherapy: Principles and Administration. In C. Yarbro, M. Frogge, M. Goodman, S. Groenwald. *Cancer Nursing: Principles and Practice* (5^a ed.). London, Jones and Bartlett Publishers.
- Gomes, M.B. (2005). *Avaliação de um programa multimodal de preparação para o parto*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade do Minho, Braga.
- Grant, M., Dean, G. (2003). Evolution of quality of life in Oncology and Oncology nursing. In C. King & P. Hinds. *Quality of life from nursing and patient perspectives. Theory, research & Practice* (2^a ed.). Jones and Bartlett Publishers, Massachusetts.
- Graydon, J., Bubela, N., Irvine, D. et al. (1995). Fatigue-reducing strategies used by patients receiving treatment for cancer. *Cancer Nursing*, 18, 23-28.
- Grov, E., Fossa, S., Sorebo, O., Dahl, a. (2006). Primary caregivers of cancer patients in the palliative phase: A path analysis of variables influencing their burden. *Social Science & Medicine*, 63, 2429-2439.
- Grumann, M., Noack, E., Hoffmann, I., Schlag, P. (2001). Comparison of quality of life in patients undergoing abdominoperineal extirpation or anterior resection for rectal cancer. *Annals of Surgery*, 233(2), 149-156.
- Guillem, V. (2002) *Avances en oncología*. Madrid, Arán Ediciones, S.L.
- Guren, M.G., Eriksen, M.T., Wiig, J.N., Carlsen, E., Nesbakken, A., Sigurdsson, H.K., Wibe, A., Tveit, K.M. (2005). Quality of life and functional outcome following anterior or abdominoperineal resection for rectal cancer. *European Journal Surgery Oncology*, 31, 735-742.

- Habr-Gama, A. & Araújo, S. (2001). Estomas intestinais: Aspectos conceituais e técnicos. In V. Santos & I. Cesaretti. *Assistência em estomaterapia: Cuidando do ostomizado*. Rio de Janeiro, Atheneu.
- Hann, D., Winter, K., Jacobsen, P. (1999). Measurement of depressive symptoms in cancer patients: evaluation of the center for epidemiological studies depression scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(5), 437-443.
- Hawk, E., Limburg, P., Viner, J. (2002). Epidemiology and prevention of colorectal cancer. In J. Guillem & E. Sigurdson. *The Surgical clinics of North America: Colorectal Cancer*. Pennsylvania, W.B. Saunders Company.
- Hawthorn, J. (2000). *Guía del cancer colorectal para enfermeras*. Dublin, Kathy Redmond.
- Hellbom, M., Brandberg, Y., Climelius, B., Sjöden, P. (1998). Individual psychological support for cancer patients: utilization and patient satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 34, 247-256.
- Henderson, V. (1994). *La naturaleza de la enfermería: reflexiones 25 años despues*. Madrid: McGraw-Hill.
- Hendren, s., O'Connor, B., Liu, M., Asano, T., Cohen, Z., Swallow, C., MacRae, H., Gryfe, R., McLeod, R. (2005). Prevalence of male and female sexual dysfunction is high following surgery for rectal cancer. *Annals of Surgery*, 242, 212-223.
- Hodges, L.J., Humphris, G.M., Macfarlane, G. (2005). A meta-analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their carers. *Social Science & Medicine* 60, 1-12.
- Honda, K., Goodwin, R., Neugut, A. (2005). The associations between psychological distress and cancer prevention practices. *Cancer Detection and Prevention*, 29(1), 25-36.
- Hoopman, R., Muller, M.J., Terwee, C.B. & Aaronson, N.K. (2006). Translation and validation of the EORTC QLQ-C30 for use among Turkish and Moroccan ethnic minority cancer patients in the Netherlands. *European Journal of Cancer*, 42, 1839-1847.
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A. & Al Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37, 189-197.
- Hudson, W. (1982). *A measurement package for clinical workers*. Honolulu: University of Hawaii School of Social Work.

- Hudson, W. (1998). Index of Sexual Satisfaction. In: Davies, C., Yarber, W., Bauserman, R., Schreer, G. & Davis, S. (Eds.). *Handbook of sexuality-related measures*. Thousand Oaks: Sage, 512-513.
- Ivarsson, A.N., Sidenvall, B. & Carlsson, M. (2004). The factor structure of the burden assessment scale and the perceived burden of caregivers for individuals with severe mental disorders. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 396-401.
- Jansma, F., Schure, L., Meyboom de Jong, B. (2005). Support requirements for caregivers of patients with palliative cancer. *Patient Education and Counseling*, 58, 182-186.
- Jass, J. (2002). Pathogenesis of colorectal cancer. In J. Guillem & E. Sigurdson. *The Surgical clinics of North America: Colorectal Cancer*. Pennsylvania, W.B. Saunders Company.
- Jenks, J.M., Morin, K.H., Tomaselli, N., (1997). The influence of ostomy surgery on body image in patients with cancer. *Applied Nursing Research* 10(4), 174-180.
- Jonsen, A., Siegler, M. & Winslade, W. (1998). *Clinical Ethics: A practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine* (4^a ed.). New York: McGraw-Hill.
- JU, J., Chang, S., Wang, h., Yang, s., Jiang, J., Chen, W., Lin, T., Hung, H., Wang, f., Lin, J. (2007). Changes in disease pattern and treatment outcome of colorectal cancer: a review of 5,474 cases in 20 years. *International Journal of Colorectal Disease*. 22 (8), 855-862.
- Kaasa, S., Malt, U., Hagen, S. (1993). Psychological distress in cancer patients with advanced disease. *Radiotherapy Oncology*, 27, 193-197.
- Kapiteijn, E. & van de Velde, C. (2002a). Developments and quality assurance in rectal cancer. *Surgery*, 38(7), 919-936.
- Kapiteijn, E. & van de Velde, C. (2002b). The role of total mesorectal excision in the management of rectal cancer. In J. GUillem & E. Sigurdson. *The Surgical clinics of North America: Colorectal Cancer*. Pennsylvania, W.B. Saunders Company.
- Karadag, A., Menten, B., Üner, A., Irkörüçü, O., Ayaz, S., Özkan, S. (2003) Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. *International Journal of Colorectal Disease*, 18, 234-238.

-
- Kelly, C., Paleri, V., Downs, C. & Shah, R. (2007). Deterioration in quality of life and depressive symptoms during radiation therapy for head and neck cancer. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 136, 108-111.
- Kim, Y., Hickok, J. & Morrow, G. (2006). Fatigue and depression in cancer patients undergoing chemotherapy: an emotion approach. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32(4), 311-321.
- King, C., Hinds, P. (2003). *Quality of life: from nursing and patient perspectives*. Massachusetts, Jones and Bartlett Publishers.
- Kirkpatrick, J. (1980). The stoma patient and his return to society. *Frontiers of radiation therapy and oncology*, San Francisco, 14, 12-19.
- Kohne, Claus-Henning (2003). Adjuvant treatment of Colorectal Cancer. In *Advances in Gastrointestinal Cancers*. 1(3), 2-3.
- Kotkamp-Mothes, N., Slawinsky, D., Hindermann, S., Strauss, B. (2005). Coping and psychological well being in families of elderly cancer patients. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 55, 213-229.
- Krebs, L., Wenzel, L., DEAlba, I., Habbal, R., et al. (2005). Quality of life in long-term cervical cancer survivors. *Gynecologic Oncology*, 97(2), 310-317.
- Krishnasamy, M. (2004). Assessing fatigue and self-care strategies in patients receiving radiotherapy for non-small-cell lung cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 8(1), 83-84.
- Krouse, R., Grant, M., Ferrell, B., Dean, G., Nelson, R. & Chu, D. (2007). Quality of life outcomes in 599 cancer and non-cancer patients with colostomies. *Journal of Surgical Research*, 138, 79-87.
- Kuehner, C., Buerger, C. (2005) Determinants of subjective quality of life in depressed patients: the role of self-esteem, response styles and social support. *Journal of Affective Disorders*, 86, 205-213.
- Kurtz, M., Kurtz, J., Given, C., Given, B. (2005). A randomized, controlled trial of a patient/caregiver symptom control intervention: Effects on depressive symptomatology of caregivers of cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(2), 112-122.
- Kuuppelomäki, M., Ssaki, A., Yamada, K., Asakawa, N., Shimanouchi, S. (2004). Family carers for older relatives: sources of satisfaction and related factors in Finland. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 497-505.

- Kwan, K., Roberts, L., Swalm, D. (2005). Sexual dysfunction and chronic pain: the role of psychological variables and impact on quality of life. *European Journal of Pain*, Article in Press.
- Larsen, K.; Smith, C. K. (1981). Assessment of non-verbal communication, in the patient interview. *Journal of Family Practice*, 12, 481-488.
- Lauber, C.; Eichenberger, A.; Luginbühl, P.; Keller, C.; Rössler, W. (2003). Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *European Psychiatry*, 18, 285-289.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda-abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa, Lusodidacta.
- Leitão, C. (2004). *Benefícios do rastreio do cancro do cólon e recto*. Comemoração dos 20 anos do Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais, Abri, 6.
- Leitão, C. (2002). Prevenção do cancro do cólon e recto: É tempo do seu desenvolvimento. *Jornal Português de Gastrenterologia*, 9(2), 105-114.
- Lewis, A. (1979). Problems presented by the ambiguous Word “Anxiety” as used in psychopathology. In A. Lewis. *The later papers of Sir Aubrey Lewis*. Oxford University Press, Oxford.
- Lidell, E. (2002). Family support – a burden to patient and caregiver. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 1, 149-152.
- Lieberman, D. (2006). Screening for colorectal cancer in average-risk populations. *The American Journal of Medicine*, 119, 728-735.
- Maher, K. (2000). Radiation Therapy: Toxicities and management. In, C. Yarbro, M. Frogge, M. Goodman, S. Groenwald. *Cancer Nursing: Principles and Practice*. 5ª ed., London, Jones and Bartlett Publishers.
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C., Sykes, C. (2005). *Health psychology. Theory, Research & Practice* (2º ed.). London, Sage Publications.
- Marques, A.R., Santos, G., Firmino, H., Santos, Z., Vale, L., Abrantes, P., Barata, P., Moniz, M., Amaral, A., Galvão, M., Clemente, V., Pissarra, A., Albuquerque, E., Gomes, a., Morais, I. (1991). *Reacções emocionais à doença grave: Como lidar...* Coimbra, Edição Psiquiatria Clínica.
- Marquis, R., Lasry, J. & Heppell, J. (1992). Quality of life of patients after restorative surgery for cancer of the rectum. *Annals of Surgery*, 46, 830-838.

- Masumori, N.; Tsukamoto, T.; Kumamoto, Y.; Panser, L.; Rhodes, T.; Girman, C.; Lieber, M.; Jacobsen, S. (1999). Decline of sexual function with age in Japanese men compared with American men: results of two community-based studies. *Urology*, 54, 335-345.
- Matos, P. & Pereira, M. (2002). Áreas de intervenção na doença oncológica. In M.G. Pereira, C. Lopes. *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Matsushita, T., Matsushima, E., Maruyama, M. (2005). Psychological state, quality of life, and coping style in patients with digestive cancer. *General Hospital Psychiatry*, 27, 125-132.
- McDonald, L.D. & Anderson, H.R. (1984). Stigma in patients with rectal cancer: a community study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 38, 284-290.
- McDonald, L.D. & Anderson, H.R. (1985). The health of rectal cancer patients in the community. *European Journal of Surgery Oncology*, 11(3), 235-241.
- McIlpatrick, S., Sullivan, K., McKenna, H. (2006). What about carers?: Exploring the experience of caregivers in a chemotherapy day hospital setting. *European Journal of Oncology Nursing*, 10(4), 294-303.
- McIntyre, T. (1995). Abordagens Psicológicas do sofrimento do doente. In T. McIntyre & C. Vila Chã (Eds). *O sofrimento do doente: Leituras multidisciplinares*. Portugal, APPORT.
- McIntyre, T., Pereira, M.G., Silva, N., Correia, M.J. & Fernandes, S. (1999). *Questionário de avaliação da satisfação do utente (QUASU): Manual*. Departamento de Psicologia da Universidade do Minho.
- Melo, M. (2005). *A comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Loures, Lusociência.
- Mendes, V. (2004). *Estratégia do rastreio em Portugal*. Comemoração dos 20 anos do Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais, Abri, 8.
- Meston, C. (2004). The effects of hysterectomy on sexual arousal in women with a history of benign uterine fibroids. *Archives of Sexual Behavior*, 33(1), 31-42.
- Milson, J. (1993). In Murray, J. *The surgical Clinics of North America. Colorectal Cancer*. Massachusetts: W.B. Saunders Company.

- Molassiotis, A. (2004). Managing náusea and vomiting after câncer treatments: patients still suffer unnecessarily. *European Journal of Oncology Nursing*, 9(1), 4-5.
- Montazeri, A., Vahdaninia, M., Ebrahimi, M., Jarvandi, S. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(14), s.pg.
- Moore, H. & Guillem, J.(2002). Local therapy for rectal cancer. In J. Guillem. & E. Sigurdson (2002). *The surgical clinics of North America: Colorectal cancer*. United States of America, Guest Editors.
- Moreira, I. (2001). *O doente terminal em contexto familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Formasau.
- Morse, R., Kendell, K. & Barton, S. (2005). Screening for depression in people with cancer: the accuracy of the hospital anxiety and depression scale. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9, 188-196.
- Murphy, G. P. (2000). *Informed Decisions: The Complete Book of Cancer Diagnosis, Treatment, and Recovery* (2ª ed.). Atlanta, GA, American Cancer Society.
- Muszbek, K., Aszekely, A., Balogh, E., Molnár, M., Rohánsky, M. et al. (2006). Validation of the Hungarian translation of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Quality of Life Research*, 15(4), 761-766.
- Nicholas, D. (1982). The prevalence of anticipatory náusea and emesis in cancer chemotherapy patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 5(3): 461-463.
- Nijboer, C., Triemstra, M., Tempelaar, R., Sanderman, R., Van Den Bos, G. (1999). Measuring both negative and positive reactions to givingcare to cancer patients: psychometric qualities of the caregiver Reaction Assessment (CRA). *Social Science & Medicine*, 48, 1259-1269.
- Nivatvongs, S. (2002). Surgical management of malignant colorectal polyps. In, *The Surgical clinics of North America: Colorectal Cancer*. Pennsylvania, W.B. Saunders Company.
- Nordin, K., Berglund, G., Glimelius, B., Sjöden, P. (2001). Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *European Journal of Cancer*, 37, 376-384.
- Northouse, L.L., Mood, D., Templin, T., Mellon, S. & George, T. (2000). Couples' patterns of adjustment to colon cancer. *Social Science & Medicine*, 50, 271-284.

-
- Nugent, K., Daniels, P., Stewart, B., Patankar, R., Johnson, C. (1999). Quality of life in stoma patients. *Disease Colon Rectum*. Dec ;42(12) :1569-74.
- Oberst, M.T., James, R.H. (1985). Going home: patient and spouse adjustment following cancer surgery. *Topics in clinical Nursing*, 7, 46-57.
- Ortiz, H., Rague, J., Foulkes, B. (1994a). *Indicaciones y cuidados de los estomas*. Barcelona, Editorial Jims.
- Ortiz, H., Sáenz, A., Velasco, M. (1994b). Técnicas cirúrgicas. In, Ortiz, H., Rague, J., Foulkes, B. *Indicaciones y cuidados de los estomas*. Barcelona, Editorial Jims.
- Ota, D., Jacobs, L., Kuvshinoff, B. (2002). Rectal cancer: The sphinter-sparing approach. In J. Guillem & E. Sigurdson. *The Surgical clinics of North America: Colorectal Cancer*. Pennsylvania, W.B. Saunders Company.
- Padilla, G., Grant, M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advances in Nursing Science*, 8(1), 45-60.
- Pasetto, L., Falci, C., Compostella, A., Sinigaglia, G., Ross, G. & Monfardini, S. (2007). Quality of life in elderly cancer patients. *European Journal of Cancer*, doi: 10.1016/j. ejca.2006.11.023.
- Pestan. M.H. & Gageiro, J.N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa, Edições Sílabo.
- Pereira, M. G., Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Manuais Universitários 25, Lisboa, Climepsi Editores.
- Perry, K., Burgess, M. (2002). *Communication in cancer care*. BPS Blackwell, United Kingdom.
- Perez, S. & Galdón, M. (2002). Transtorno de estrés postraumático y cáncer. In: Dias, M., Durá, E. *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Persson, E., Severinsson, E., Hellstrom, A. (2004). Spouses' perceptions of and reactions to living with a partner who has undergone surgery for rectal cancer resulting in a stoma. *Cancer Nursing*, 27(1), 85-90.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: Um sistema integrado e personalizado*. Coimbra, Quarteto Editora.
- Pinheiro, P., Tyczynski, J., Bray, F., Amada, J., Matos, E., Parkin, D. (2003). Câncer incidence and mortality in Portugal. *European Journal of Cancer*, 39, 2507-2520.

- Piwonka, M.A.; Merino, J.M. (1999). A multidimensional modeling of predictors influencing the adjustment to a colostomy. *Journal of wound, Ostomy and Continence Nursing* 26(6), 298-305.
- Pruzinsky, T., (2000). Enhancing quality of life in medical populations: a vision for body image assessment and rehabilitation as standards of care. *Body Image* 1, 71-81.
- Pontieri-Lewis, V. (2006). Basics of ostomy care. *Medicine and Surgery Nursing*, 15(4), 199-202.
- Porter, L.S., Keefe, F.J., Lipkus, I., Hurwitz, H., (2005). Ambivalence over emotional expression in patients with gastrointestinal cancer and their caregivers: Associations with patient pain and quality of life. *Pain*, 117, 340-348.
- Potter & Conn (2006). Chemotherapy and radiotherapy in the treatment of colorectal cancer. *Surgery*, 24(4), 137-141.
- Potter, P. & Perry, A. (2003). *Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimentos* (5ª ed.). Loures, Lusociência.
- Ragué, j. & Sáenz, A. (1994). Patologia colorectal. In H. Ortiz, J. Rague, B. Foulkes. *Indicaciones y cuidados de los estomas*. Barcelona, Editorial Jims.
- Ragué, J. & Valentí, M. (1999) *Estomas: Valoración, tratamiento y seguimiento*. Barcelona, Ediciones Doyma.
- Ramsey, S., Andersen, M., Etzioni, R., Moinpour, C., Peacock, S., Potosky, A., Urban, N. (2000). Quality of life in survivors of colorectal carcinoma. *Cancer*, 88(6), 1294-1303.
- Reinhard, S. & Horwitz, A. (1992). *Burden Assessment Scale*. Adjustment, Health, and Well-Being (Abstracts 250-319).
- Ribeiro, J.L.P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa, ISPA.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ribeiro, J.L.P. (2004). Quality of life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition*, 23, 121-130.
- Rizzo, L., Spitz, E. (2002). Qualité de vie, santé et maladie. In : *Traité de psychologie de la santé*. Paris, Dunod, p. 283 – 299.
- Rodriguez-Bigas, M., Chang, G., Skibber, J. (2007). Barriers to rehabilitation of colorectal cancer patients. *Journal of Surgical Oncology*. 95(5), 400-408.

-
- Rose, S. & Hara, R. (2005). *Caring for family or friends with cancer*. Massachusetts, Jones and Bartlett Publishers.
- Rosman, S. (2004). Cancer and stigma: experience of patients with chemotherapy-induced alopecia. *Patient Education and Counseling*, 52, 333-339.
- Ross, L., Boesen, E., Dalton, S., Johansen, C. (2002). Mind and cancer: does psychosocial intervention improve survival and psychological well-being?. *European Journal of Cancer*, 38, 1447-1457.
- Ruiz, J., Cuadrado, A., Rodriguez, J. (2000). *Trastorno de angustia: crisis de pánico y agorafobia en atención primaria*. Barcelona, Masson.
- Saletti, P. & Cavalli, F. (2006). Metastatic colorectal cancer. *Cancer Treatment Reviews*, 32, 557-571.
- Salkeld, G., Solomon, M., Short, L., Butow, P. (2004). A matter of trust – patient's views on decision-making in colorectal cancer. *Health Expectations*, 7, 104-114.
- Saltz, L. & Minsky, B. (2002). Adjuvant therapy of cancers of the colon and rectum. In J. Guillem & E. Sigurdson. *The Surgical clinics of North America: Colorectal Cancer*. Pennsylvania, W.B. Saunders Company.
- Santos, Z., Santos, G. & Abrantes, P. (1996). Psicopatologia e efeitos secundários associados a quimioterapia em doentes com carcinoma da mama. *Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação*, 1, 41-48.
- Santos, V. & Cesaretti, I. (2001). *Assistência em estomaterapia: Cuidando do ostomizado*. Rio de Janeiro, Atheneu.
- Sánchez-Cruz, J., Cabrera-León, A., Martín-Morales, A., Fernández, A., Burgos, R., Rejas, J. (2003). Male erectile dysfunction and health-related quality of life. *European Urology*, 44, 245-253.
- Sastre, J., Díaz-Rubio, E., Macias, J. (2002). Avances en cáncer colorrectal. In J. Sastre, E. Díaz-Rubio, J. Macias. *Avances en oncología*. Madrid, Arán Ediciones, S.L.
- Schain, W. (1980). Sexual functioning, self-esteem and cancer care. *Frontiers of radiation therapy and oncology*, San Francisco, 14, 12-19.
- Schrag, A.; Hovris, A.; Morley, D.; Quinn, N.; Jahanshahi, M. (2006). Caregiver-burden in parkinson's disease is closely associated with psychiatric symptoms, falls, and disability. *Parkinsonism and Related Disorders*, 12, 35-41.

- Schwartz, S., Shires, T., Spenser, F., Storer, E. (1979). *Principles of surgery. United States of America*: McGraw-Hill Book Company.
- Sellick, S., Crooks, D. (1999). Depression and cancer: an appraisal of the literature for prevalence, detection, and practice guideline development for psychological interventions. *Psycho-Oncology*, 8, 315-333.
- Séoud, J.; Nehmé, C.; Atallah, R.; Zablith, C.; Yérétzian, J.; Lévesque, L.; Giroux, F.; Ducharme, F. (2007). The health of family caregivers of older impaired persons in Lebanon: An interview survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 259-272.
- Serrão, D. (2004). Saúde e doença. In M.C. Neves & S. Pacheco. *Para uma ética da enfermagem. Desafios*. Coimbra, Gráfica de Coimbra.
- Serrão, D. & Nunes, R. (Coords). (1998). *Ética em cuidados de saúde*. Porto, Porto Editora.
- Sharma, S., O'Keefe, S. (2007). Environmental influences on the high mortality from colorectal cancer in African Americans. *Postgraduate Medicine Journal*. 83 (983), 583-589.
- Shyu, Y., Chen, M., Lee, H. (2004). Caregiver's needs as predictors of hospital readmission for the elderly in Taiwan. *Social Science & Medicine*, 58, 1395-1403.
- Silva, D.R. (2003). O Inventário de Estado-Traço (STAI). In M. M. Gonçalves, M.R. Simón, L.S. Almeida & C. Machado. *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. (Vol.I), Coimbra, Quarteto Editora.
- Sisk, R. (2000). Caregiver burden and health promotion. *International Journal of Nursing Studies* 37, 37-43.
- Sitzia, J. & Wood, N. (1998). Patient satisfaction with cancer chemotherapy nursing: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 35, 1-12.
- Skarstein, J., Aass, N., Fossa, S., Skovlund, E., Dahl, A. (2000). Anxiety and depression in cancer patients: relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Resultado Quality of life Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 27-34.
- Snaith, P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(29), s. pg.

- Solomon, M. & McLeod, R. (1993). In: Murray, J. *The surgical Clinics of North America. Colorectal Cancer*. Massachussetts: W.B. Saunders Company.
- Sorensen, K; Luckmann, J. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica* (3ªed.). Lisboa, Lusociência.
- Sorigué, J., Juncá, J., Ustrell, J. (1999) Indicaciones y técnica quirúrgica da las colostomias. In J. Ragué & M. Valentí. *Estomas: Valoración, tratamiento y seguimiento*. Barcelona, Ediciones Doyma.
- Sousa, C. (2005). *Representações da doença, ajustamento à doença, morbilidade psicológica, qualidade de vida e satisfação marital nos doentes com esclerose múltipla e seus cuidadores*. Tese de mestrado apresentada à Universidade do Minho, Braga.
- Spielberg, C., Gorsuch, R., Lushene, R. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Sprangers, M.A.G., Taal, B.G., Aaronson, N.K., te Velde, A., (1995). Quality of life in colorectal cancer. Stoma versus nonstoma patients. *Disease Colon Rectum*, 38(4), 361-369.
- Sprangers, M.A.G, Velde, A, & Aarosan N.K. (1999). The construction and testing of the EORTC colorectal cancer-specific quality of life questionnaire module (QLQ-CR38). *European Journal of Cancer*, 35, 238-47.
- Stetz, K. (2003). Quality of life in families experiencing cancer. In C. King & P. Hinds. *Quality of life from nursing and patient perspectives. Theory, research & Practice*. (2ªed.). Jones and Bartlett Publishers, Massachusetts.
- Szczepkowski, M. (2002). Do we need a permanent colostomy in XXI-st century. *Acta Chirurgical Yugoslavia*, 49(2), 45-55.
- Tennstedt, S.; Cafferata, G.L.; Sullivan, L. (1992). Depression among caregivers of impaired elders. *Journal of Aging and Health*, 4(1), 58-76.
- Teunissen, S., Haes, H., Voest, E., Graeff, A. (2006). Does age matter in palliative care?. *Critical Reviews in Oncology /Hematology*. 60, 152-158.
- Thompson, J. (2004). The (mis)measurement of body image: tem strategies to improve assessment for applied and research purposes. *Body Image*, 1, 7-14.
- Thorson, A. (2004). Preoperative considerations. In P. Cataldo &J. MacKeigan. *Intestinal Stomas: Principles, techniques, and management*. 2ª ed., New York, Marcel Dekker, Inc.

- Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: stability and change. *Body Image*, 1, 29-41.
- Tortorice, P. (2000). Chemotherapy: Principles of therapy. In, Yarbrow, C., Frogge, M., Goodman, M., Groenwald, S. *Cancer Nursing: Principles and Practice*. 5ª ed., London, Jones and Bartlett Publishers.
- Trowbridge, B. & Burt, W. (2002). Colorectal cancer screening. In, *The Surgical clinics of North America: Colorectal Cancer*. Pennsylvania, W.B. Saunders Company.
- Vaz Serra, A. & Abreu, J. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos: Ensaio de aplicação do "Inventário Depressivo de Beck" a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Separata da Coimbra Médica*, XX(VI), 623-644.
- Veloso, N. (2004). *Impacto do cancro do cólon e recto*. Comemoração dos 20 anos do Núcleo de Gastreenterologia dos Hospitais Distritais, Abr, 6.
- Visser-Meily, A.; Heugten, C.; Post, M.; Schepers, V.; Lindeman, E. (2005). Intervention studies for caregivers of stroke survivors: a critical review. *Patient Education and Counseling*, 56, 257-267.
- Walker, M.S.; Ristvedt, S.L.; Haughey, B. H. (2003). Patient care multidisciplinary cancer clinics: does attention psychosocial needs predict patient satisfaction?. *Psychooncology*, 12(3), 291-300.
- Watson, J. (1985). *Nursing: the philosophy and science of caring*. United States of America: Colorado Associated University Press.
- Watson, M.; Meyer, L.; Thomsom, A.; Osofsky, S. (1998). Psychological factors predicting nausea and vomiting in breast cancer patients on chemotherapy. *European Journal of Cancer*, 34, 831-837.
- Weitzner, M., McMillan, S., Jacobsen, P. (1999). Family caregiver quality of life: Differences between curative and palliative cancer treatment settings. *Journal of pain and symptom management*, 17(6) 418-428.
- Wells, M. & MacBride, S. (2003). Radiation skin reactions. In, Faithfull, S. & Wells, M. *Supportive Care in Radiotherapy*. London, Churchill Livingstone.
- Wells, M. (2003). The treatment trajectory. In S. Faithfull & M. Wells. *Supportive Care in Radiotherapy*. London, Churchill Livingstone.
- Virella, B., Arbona, C. & Novy, D.M. (1994). Psychometric properties and factor structure of the Spanish version of the State-Trait Anxiety Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 63, 401-412.

-
- Whitfield, M. & Baker, R. (1992). Measuring patient satisfaction for audit in general practice. *Quality Health Care*, 1(3), 151-152.
- Wilkes, G. (2001). Potencial toxicities and nursing management, In M. Barton-Burke, G. Wilkes & K. Ingwerson. *Cancer Chemotherapy. A nursing Process Approach* (3^a ed.). Massachusetts, Jones and Bartlett Publishers.
- Wilson, K., Chochinov, H., Skirko, M., Allard, P., Chary, S., Gagnon, P. et al (2007). Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *Journal of pain and symptom management*, 33(2), 118-129.
- Winawer, Sidney J. Neoplasias dos intestinos grosso e Delgado. In Wyngaarden, B. James, M. Smith & H. Lloyd (1990). *Tratado de medicina interna* (18^a ed., Vol. 1). Editora Guanabara.
- Winawer, S., Fletcher, R., Rex, D., Bond, J., Burt, R., et al. (2003). Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale-Update based on new evidence. *Gastroenterology*, 124, 544-560.
- White, I. & Faithfull, S. (2003). Sexuality and fertility. In S. Faithfull & M. Wells. *Supportive Care in Radiotherapy*. London, Churchill Livingstone.
- Yeh, S., Johnson, M., Wang, S. (2002). The changes in caregiver burden following nursing home placement. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 591-600.
- Zampino, M., Labianca, R., Beretta, G., Gatta, G., Lorrizo, K., Braud, F., Wils, J. (2004). Rectal Cancer. *Critical Reviews in Oncology/ Hematology*, 51, 121-143.
- Zigmond, A. & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.





ANEXOS





ANEXO 1: CONSENTIMENTO INFORMADO E QUESTIONÁRIOS RELATIVOS AO DOENTE













































ANEXO 2: CONSENTIMENTO INFORMADO E QUESTIONÁRIOS RELATIVOS AO CUIDADOR